



**UNIVERZITA KARLOVA**  
**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Intenzivní péče

**Bc. Monika Bohuslavová, Dis.**

Vliv syndromu vyhoření na sexualitu všeobecných sester na pracovištích neodkladné péče  
ve fakultních nemocnicích.

The influence of the burnout syndrome on the sexuality of general nurses in intensive care  
in university hospitals.

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Šárka Dynáková, Ph.D.

Konzultant: doc. PhDr. Jan Kožnar, CSc.

Praha, 2019

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 25. 04. 2019.

MONIKA BOHUSLAVOVÁ

.....

Podpis

## **Identifikační záznam**

BOHUSLAVOVÁ, Monika. Vliv syndromu vyhoření na sexualitu všeobecných sester na pracovištích neodkladné péče ve fakultních nemocnicích. [The influence of the burnout syndrome on the sexuality of general nurses in intensive care in university hospitals]. Praha, 2019. 87 s., 3 příl. Diplomová práce (Mg.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Dynáková, Šárka.

## Abstrakt

**Úvod do problematiky:** Problematika syndromu vyhoření patří ve světě i v České republice mezi aktuální témata, a to nejen v oblasti zdravotnictví. Diplomová práce je zaměřena na zjištění souvislosti mezi syndromem vyhoření a sexualitou všeobecných sester v neodkladné péči. Téma pro diplomovou práci jsem si vybrala, protože je mi blízké a sama pracuji v neodkladné péči. Navíc je to téma nepřiliš probádané a data získaná z výzkumného šetření budou přínosem do mezinárodní studie zkoumající vliv syndromu vyhoření na lidské zdraví. Tato studie v České republice probíhá pod vedením PhDr. Šárky Dynákové, Ph.D. a doc. PhDr. Jana Kožnara, CSc.

**Metodologie:** Sběr dat k výzkumnému šetření proběhl pomocí dvou anonymních dotazníků. První dotazník se zaměřoval na syndrom vyhoření pomocí české verze Shiromovy-Melamedovy škály (Shirom, Melamed, 2006 In Ptáček, 2013). Druhý dotazník zkoumal sexuální funkce ženy dle Mellan in Kratochvíl, S. (1999). Výzkumný vzorek tvořily všeobecné sestry pracující v neodkladné péči ve fakultní nemocnici.

**Výsledky:** Vliv syndromu vyhoření byl výzkumným šetřením prokázán v oblasti pohlavní touhy (H1), hodnocení sebe sama jako sexuální partnerky (H2) a nálady před pohlavním stykem (H4). Z výsledků vyplývá, že oblast, která ve všech zkoumaných aspektech dosahovala nejvyšší míry vyhoření je oblast fyzická a dominantním příznakem vyhoření je únava. Na základě průměrného hodnocení na škále vyhoření lze říci, že se respondenti nenachází ve výrazném riziku vzniku syndromu vyhoření.

**Závěr a doporučení:** Výzkumným šetřením bylo prokázáno, že rozvoj syndromu vyhoření má vliv na některé oblasti ženské sexuality, hlavně na pohlavní touhu a hodnocení sebe sama jako sexuální partnerky. Fyzickou oblast syndromu vyhoření můžeme považovat za klíčovou, spolu s nejdominantnějším příznakem – únavou. Zaměření se na fyzickou náročnost práce všeobecných sester může být dalším krokem k ustálení aktuální situace ve zdravotnictví.

**Klíčová slova:** Syndrom vyhoření, sexualita, intenzivní péče, všeobecná sestra, sexuální dysfunkce, sexuální funkce, sexuální život

## **Abstract**

**Introduction:** Burnout syndrome is a topical issue in the world and in the Czech Republic, not only in the health sector. The diploma thesis is focused on finding the connection between burnout syndrome and sexuality of general nurses in emergency care. I chose the topic for my diploma thesis because it is close to me and I work in emergency care myself. In addition, the topic is not very well explored, and the research data will contribute to an international study examining the impact of burnout syndrome on human health. This study in the Czech Republic is under the guidance of PhDr. Šárky Dynákové, Ph.D. and doc. PhDr. Jana Kožnara, CSc.

**Methodology:** Data collection for research was conducted using two anonymous questionnaires. The first questionnaire focused on burnout syndrome using the Czech version of the Shirom-Melamed scale (Shirom, Melamed, 2006 In Ptáček, 2013). The second questionnaire examined the sexual function of a woman according to Mellan in Kratochvíl, S. (1999). The research sample consisted of general nurses working in emergency care at a teaching hospital.

**Results:** The impact of burnout syndrome has been demonstrated by research in sexual desire (H1), self-assessment as a sexual partner (H2), and mood before sexual intercourse (H4). The results show that the area that achieved the highest burnout rate in all aspects examined is physical and fatigue is the dominant symptom of burnout. On the basis of the average burnout rating, it can be said that the respondents are not at a significant risk of burnout.

**Conclusion and recommendations:** Research has shown that the development of burnout syndrome has an impact on some areas of female sexuality, especially sexual desire and self-evaluation as sexual partner. The physical area of burnout can be considered key, along with the most dominant symptom – fatigue. Focusing on the physical demands of nurses' work can be a further step in stabilizing the current health situation.

**Keywords:** Burnout, sexuality, intensive care, nurse, sexual dysfunction, sexual function, sexual life.

## **Poděkování**

Mé poděkování patří především vedoucí práce paní PhDr. Šárce Dynákové, Ph.D. za odbornou pomoc, cenné rady, připomínky, ochotu, vstřícný přístup, trpělivost a za čas věnovaný mé diplomové práci. Dále děkuji ošetrovatelskému managementu za umožnění výzkumu a všem zdravotnickým pracovníkům za spolupráci při výzkumném šetření, bez kterého by tato diplomová práce nemohla vzniknout.

# Obsah

1	Úvod.....	10
2	Současný stav poznání .....	11
2.1	Syndrom vyhoření.....	12
	Syndrom vyhoření u zdravotníků .....	13
2.1.1	Příčiny syndromu vyhoření.....	13
	Vnitřní příčiny vzniku syndromu vyhoření .....	13
	Vnější příčiny vzniku syndromu vyhoření.....	13
	Rizikové profese .....	14
2.1.2	Příznaky syndromu vyhoření .....	15
	Tělesné a psychické příznaky syndromu vyhoření .....	16
	Příznaky ztráty a uspokojení a potěšení z práce .....	16
	Depersonalizace .....	17
2.1.3	Fáze syndromu vyhoření.....	17
2.1.4	Diagnostika syndromu vyhoření .....	18
2.1.5	Prevence syndromu vyhoření.....	18
	Prevence syndromu vyhoření na úrovni organizace .....	18
	Prevence syndromu vyhoření na úrovni jedince.....	20
2.1.6	Terapie syndromu vyhoření .....	21
2.2	Sexualita ženy .....	24
2.2.1	Determinanty lidské sexuality .....	27
2.2.2	Sexuální dysfunkce ženy .....	27
	Poruchy sexuální touhy.....	28
	Poruchy sexuálního vzrušení .....	29

Poruchy orgasmu .....	30
Bolestivé poruchy .....	32
Ostatní poruchy .....	32
2.2.3 Faktory ovlivňující ženskou sexualitu .....	33
2.2.4 Měření sexuálních funkcí.....	34
2.3 Specifika intenzivní péče ve zdravotnictví .....	35
2.3.1 Požadavky k výkonu povolání zdravotní sestry .....	35
2.3.2 Příprava sester na povolání a adaptační proces .....	36
3 Použité metody .....	37
3.1 Cíl práce .....	37
3.1.1 Hypotézy .....	37
3.2 Metodologie .....	38
3.2.1 Shirom – Melamedova škála.....	38
3.2.2 Dotazník sexuální funkce ženy .....	38
3.3 Výzkumný vzorek .....	38
3.4 Etické aspekty .....	39
3.5 Způsob sběru dat .....	39
3.6 Způsob zpracování dat .....	40
4 Výsledky výzkumu .....	41
4.1 Popis vzorku respondentů .....	41
4.2 Vyhodnocení dotazníku škála vyhoření .....	48
4.3 Vyhodnocení hypotéz.....	51
4.3.1 Hypotéza 1 .....	51
4.3.2 Hypotéza 2 .....	55
4.3.3 Hypotéza 3 .....	59



4.3.4	Hypotéza 4 .....	63
5	Diskuze .....	70
6	Závěr .....	75
7	Seznam literatury .....	77

Seznam zkratk

Seznam tabulek

Seznam grafů

Seznam příloh

# 1 Úvod

Problematika syndromu vyhoření patří ve světě i v České republice mezi aktuální témata, a to nejen v oblasti zdravotnictví. Podle tiskové zprávy České asociace sester chybělo v roce 2017 kolem 3 300 sester. Ministerstvo zdravotnictví uvádí, že v akutní péči chybí kolem 2 000 sester. Nedostatku nelékařského zdravotnického personálu a jeho problematice je vhodné věnovat pozornost kvůli souvislosti s únavou zdravotníků a vyšším rizikem vzniku syndromu vyhoření.

Syndrom vyhoření vzniká a vyvíjí se v přímé souvislosti se zaměstnáním (Kapounová, 2007). U zdravotních sester se často zkoumá vztah mezi syndromem vyhořením a délkou praxe, typem pracoviště, věkem, nejvyšším dosaženým vzděláním a dalšími faktory. Vztahu mezi syndromem vyhoření a sexualitou zdravotních sester prozatím nebylo věnováno mnoho pozornosti.

Výzkumná práce se zaměřuje na souvislost a vliv syndromu vyhoření na sexualitu všeobecných sester pracujících v neodkladné péči ve fakultních nemocnicích. Výsledky výzkumného šetření mohou usnadnit diagnostiku syndromu vyhoření. Často je totiž syndrom vyhoření zaměňován s jinými diagnózami, jejichž projevy jsou si blízké. Nejčastěji je syndrom vyhoření zaměňován s diagnózami jako jsou deprese, stres, únava a další (Ptáček, 2013).

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda syndrom vyhoření ovlivňuje sexualitu zdravotních sester pracujících v intenzivní péči ve fakultní nemocnici.

## Teoretická část

### 2 Současný stav poznání

Tato kapitola představuje teoretický podklad diplomové práce. Před vlastním výzkumným šetřením bylo nutné zjistit současný stav poznání o daném tématu. To vše bylo realizováno pomocí rešeršní strategie, jejíž cílem bylo zorientovat se v dané problematice v České republice i v zahraničí.

Rešerše probíhala od listopadu 2017 do června 2018. Jako velmi nápomocný byl přehled zpracovaný Národní lékařskou knihovnou v lednu 2018, který sloužil k porovnání mnou nalezených zdrojů. Prohledány byly databáze Bibliographia Medica Čechoslovaca, Medline, Medvik a Google Scholar. Jako klíčová slova jsem zvolila: *syndrom vyhoření, sexualita, intenzivní péče, všeobecná sestra, sexuální dysfunkce, sexuální funkce a sexuální život*. Pro lepší vyhledávání byla klíčová slova uvedena v českém i anglickém jazyce. Jazykové omezení na vyhledávání bylo na český, slovenský a anglický jazyk. Časové omezení potom od roku 2005 do roku 2018. Na základě doporučení vedoucího diplomové práce byly použity i publikace vydané před rokem 2005.

Bylo vyhledáno celkem 110 zdrojů, z toho 34 monografií a 76 periodik (42 českých, 34 zahraničních). Syndrom vyhoření se ve světě zkoumá na všech úrovních různými dostupnými metodami. Zdroj, který by se zaměřoval na vztah mezi syndromem vyhoření sexualitou zdravotních sester, jsem nenalezla. V České republice tento výzkum probíhá a data z mé diplomové práce budou použita pro jeho rozšíření.

## 2.1 Syndrom vyhoření

V Mezinárodní Klasifikaci Nemocí (10. Revize, dále MKN) se syndrom vyhoření řadí k duševním poruchám a poruchám chování do kategorie Z 73.0 problémy spojené s obtížemi při vedení života. Je označován jako syndrom vypálení nebo vyprahnutí (Dynáková, 2010). Dle MKN (10. revize) není syndrom vyhoření samostatnou diagnostickou jednotkou, ale je to faktor, který ovlivňuje zdravotní stav jedince (Pešek, 2016). Syndrom vyhoření je reakce organismu na trvalé vystavení stresu (Lahana, 2017).

Poprvé se syndromem vyhoření začal zabývat americký psychoanalytik H. J. Freudenberger, který syndrom vyhoření popsal jako vyhasnutí motivace a stimulujících podnětů v situaci, kde péče o jedince a neuspokojivý vztah jsou příčinou, že práce nepřináší očekávané výsledky (Blatnická, 2013). Janáčková vysvětluje termín syndrom vyhoření jako: „*Profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky od okolí nebo od samotného jedince. Zahrnuje ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebeocenění a negativní postoje k povolání*“ (Janáčková In Venglářová, 2011). Venglářová definuje syndrom vyhoření jako výsledek souhry následujících důsledků: ztráta smyslu práce a života, ztráta pozitivního vnímání sebe sama, pocit osamocení, pocit zášti s hořkostí a pocit že je vše beznadějné (Venglářová, 2006). Pešek charakterizuje syndrom vyhoření takto: „*Syndrom vyhoření je psychický stav charakterizovaný vyčerpáním a snížením pracovní výkonnosti v důsledku dlouhodobého a intenzivního stresu*“ (Pešek, 2016). Bartošíková uvádí, že syndrom vyhoření vzniká dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně náročné a charakterizovala syndrom vyhoření jako postupné zhoršování zdravotního stavu a poskytované péče (Bartošíková, 2006). Syndrom vyhoření vzniká a vyvíjí se v přímé souvislosti se zaměstnáním (Kapounová, 2007).

Syndrom vyhoření má blízké propojení se stresem. Stres je stav, kdy je organismus vystaven mimořádným podmínkám. Označuje soubor obranných reakcí organismu, které mají zabránit poškození organismu. Působí na nervovou soustavu, endokrinní systém, oběhový systém, dechový systém, gastrointestinální trakt, kde dochází k měřitelným změnám (Ptáček, 2011). Organismus přechází do stavu pohotovosti a připravenosti k boji. Rozlišujeme eustres (příjemný, dodává nám energii) a distres (znamenající přetížení, přesahuje možnosti jedince) (Pešek, 2016). Stresory nás doprovázejí po celý život. Jejich

opakem jsou salutory, což jsou pozitivní životní faktory, které jedince posilují. Pro vyrovnaný život by měly být stresory a salutory v rovnováze (Venglářová, 2006).

### **Syndrom vyhoření u zdravotníků**

Syndrom vyhoření ve zdravotnictví je celosvětovým problémem (Epp, 2012) a vzniká na základě intenzivního kontaktu s lidmi, dlouhodobé zátěži a stresu. Zdravotníci se často setkávají s utrpením, které lze často jen velmi málo ovlivnit (Ptáček, 2013). Syndrom vyhoření je častým jevem u zdravotníků, kteří pracují v intenzivní péči a pečují o kriticky nemocné pacienty (Moss, 2016). Zdravotníci mají ve svých rukou životy a zdraví ostatních lidí, což logicky vyvolává velkou zátěž, a pokud tento problém neřeší, může dojít k fatálním následkům (Ptáček, 2013).

#### **2.1.1 Příčiny syndromu vyhoření**

Příčiny vzniku syndromu vyhoření můžeme rozdělit na vnitřní a vnější.

##### **Vnitřní příčiny vzniku syndromu vyhoření**

Vnitřní příčiny vzniku syndromu vyhoření se týkají hlavně osobnostních rysů jedince. Za rizikové osobnostní rysy můžeme považovat pracovitost, důslednost (Venglářová, 2006), vysokou disciplinovanost, empatii, perfekcionismus (Bartůněk, 2016), vysokou angažovanost a touhu po uznání (Honzák, 2015). Dalšími rizikovými rysy mohou být přehnaná pozornost k problémům druhých lidí, snaha zvládnout všechno sám, nereálná očekávání, rutinní práce a také špatná tělesná kondice (Šimková, 2013).

##### **Vnější příčiny vzniku syndromu vyhoření**

Vnější příčiny vzniku syndromu vyhoření zahrnují pracovní a sociální prostředí.

V sociální rovině mají vliv na vznik syndromu vyhoření negativní nebo naopak chybějící pozitivní vztahy k okolí, konflikty, špatné vztahy k lidem nebo k sobě a nedostatek sociální podpory (Prieß, 2015).

V pracovním prostředí mají na vznik projevů syndromu vyhoření vliv charakter práce a pracovního kolektivu, špatná organizace práce, nízké ocenění, nedostatek personálu, nemožnost profesního růstu a pracovní požadavky (Šrámková, 2015; Moss, 2016). Dále je to nedostatek pochvaly a zpětné vazby, vysoká konkurence, špatné pracovní

podmínky nebo jednotvárnost práce. Pokud je na jedince kladena vysoká zodpovědnost a nejsou jasně rozděleny úkoly, často vznikají na pracovišti konflikty, které představují velkou zátěž (Kallwass, 2007).

Rizika vzniku syndromu vyhoření, která vyplývají z pracovního prostředí ve zdravotnictví, můžeme rozdělit na **fyzikální, psychická, fyzická, sociální a pracovní**. Mezi fyzikální rizika řadíme například hluk, chlad nebo teplo, světlo nebo nedostatek světla, mnoho vizuálních podnětů, zápach nebo infekce. K psychickým rizikům patří časová tíseň, vysoká zodpovědnost, strach nebo například mnoho změn v krátké době. Fyzická rizika mohou ohrožovat zdraví jedince a mezi ně patří zvedání těžkých břemen, nerovnovážné rozložení pohybů, prostorové omezení, únava, narušení a nedostatek spánku, hlad, žízeň, dlouhé stání a zatížení páteře, svalů a kloubů. Sociální rizika představují mezilidské konflikty, nepřijatelné chování kolegů nebo nadřízených, konflikt rolí jedince a nedostatek sociální podpory. Každé povolání představuje i pracovní rizika, jsou to například nejistota pracovní pozice, vysoká pracovní zátěž a nedostatek rozmanitosti a zajímavost úkolů (Pešek, 2016).

Příčinou rozvoje syndromu vyhoření se může stát i nevhodná volba povolání. Většinou se v patnácti letech rozhodujeme, jakým směrem se vydáme, a často nemáme představu o náročnosti vybraného povolání. Při zjištění, že je pro nás povolání nevhodné, může změna povolání vyvolat obavy z budoucnosti, z pracovního uplatnění, a těžko se zahazuje čas věnovaný studiu (Kallwass, 2007).

V dnešní uspěchané době nároky na každého jedince určuje společnost. Moderní technologie a hon za kariérou nenechají nikoho vydechnout. Lidé často zapomínají sami na sebe a výsledkem toho všeho je riziko vzniku vyhoření, deprese a úzkostných poruch (Prieß, 2015).

### **Rizikové profese**

Podle literatury je syndrom vyhoření nejčastěji spojován s takzvanými pomáhajícími profesemi, do kterých řadíme zdravotníky, učitele, policisty, psychology, právníky, pečovatele, rodiče starající se o problémové dítě, sociální pracovníky, úředníky, manažery a další (Blatnická, 2013; Pešek, 2016). Všeobecně lze říci, že jsou k rozvoji syndromu vyhoření náchylnější ty profese, kde jsou zaměstnanci v každodenním úzkém kontaktu s lidmi (Blatnická, 2013). Bartošíková tyto profese popisuje jako profese s vysokou

pracovní náročností, intenzivním kontaktem s lidmi a mnohdy neadekvátním ohodnocením (Bartošíková, 2006).

Pomáhající profese může charakterizovat i fakt, že profesní hodnocení odvedené práce závisí na ostatních lidech (Kapounová, 2007), jedinci často přebírají problémy ostatních, snaží se naplnit jejich očekávání a své potřeby a problémy odsouvají do pozadí, jejich povolání se stává posláním a celoživotní náplní (Venglářová, 2006). Tito lidé investují do své práce daleko více než ostatní, investují své znalosti, dovednosti a nasazují část své osobnosti. Konkrétně zdravotníci se navíc setkávají ještě s utrpením, bolestí a různými osudy pacientů (Honzák, 2015).

Zda je profese riziková, záleží na dvou faktorech, a to na osobnosti jedince a na pracovním prostředí (Venglářová, 2011).

### 2.1.2 Příznaky syndromu vyhoření

Zakladatel zkoumání této problematiky J. H. Freudenberger popisuje syndrom vyhoření následovně: „*U někoho jsou to pocity únavy a exhausce (vyčerpání), neschopnost setrást pocit chladu, pocit fyzické vyčerpání, u druhého třeba řada tělesných obtíží počínajících opakovanými bolestmi hlavy, dechovou tísní, přes gastrointestinální obtíže doprovázené poklesem váhy, až po nespavost a depresi. Ve stručnosti lze říci, že tento syndrom zasahuje na nejrozličnějších místech celou psychosomatickou oblast. To jsou převážně tělesné projevy. Mohou se však objevit příznaky ve sféře psychické a behaviorální (chování): například osoba známá povídavostí je náhle zamlklá. Objevuje se psychická únava, nuda, rezignace, ale také zvýšená iritabilita (podrážděnost), ostře až nespravedlivě kritické postoje a další změny.*“ (Freudenberger, 1974 In Venglářová, 2011).

Christina Maslach rozdělila okruh příznaků syndromu vyhoření na tři skupiny, a to **tělesné a psychické vyčerpání, ztráta uspokojení a potěšení z práce** a odcizení (depersonalizace) (Honzák, 2015; Mealer, 2016). Některé příznaky syndromu vyhoření jsou více patrné než jiné. Pokud nejsou příznaky syndromu vyhoření včas zpozorovány a léčeny, mohou přejít v profesionální deformaci a citovou otupělost jedince (Venglářová, 2006).

V případě, že se situace neřeší, mohou příznaky syndromu vyhoření přejít až k vzniku celé řady onemocnění. Příznaky syndromu vyhoření jako je únava a vyčerpání významně

ovlivňují výkon profese a zdraví jedince a mohou ohrožovat i celou společnost. Emoční vyčerpání, depersonalizace či ztráta profesního nebo osobního zájmu vede k poklesu efektivity práce. Příznaky syndromu vyhoření se vyvíjí postupně a nenápadně a mohou vést ke snížení efektivity práce (Bartůněk, 2016).

### **Tělesné a psychické příznaky syndromu vyhoření**

Mezi fyzickými příznaky syndromu vyhoření převládá únava a vyčerpání. Dále jsou to poruchy spánku, zažívací obtíže (Kapounová, 2007), bolesti hlavy a pohybového aparátu (Venglářová, 2006), ztráta zájmu o sex, změny hmotnosti, častější nemocnost, vyšší riziko úrazů a riziko zneužívání návykových látek a vzniku závislostí (Bartošíková, 2006). Dochází k útlumu celkové aktivity a ztrátě zájmu o profesi. Mohou se objevovat somatické obtíže, jako jsou palpitace, dechová tíseň nebo nespecifické tělesné bolesti (Ptáček, 2013). Poruchy spánku a únava sebou přináší snížení pozornosti, paměti, pomalejší reakční čas a vyšší riziko vzniku pochybení (Blake, 2017).

Psychické a emoční příznaky syndromu vyhoření zahrnují apatii, pocit marnosti, pochybnosti, rezignaci, obviňování ostatních lidí i sebe, ztrátu motivace, kreativity a empatie (Kapounová, 2007). Objevuje se ztráta schopnosti radovat se ze života, rozmrzelost, výbušnost, netrpělivost, nervozita, pesimismus (Šrámková, 2015), smutek, deprese, podezřavost, vztahovačnost a problémy s pamětí (Bartůněk, 2016).

### **Příznaky ztráty a uspokojení a potěšení z práce**

Při rozvoji syndromu vyhoření se pracovní činnosti redukuje jen na ty nejnutnější, jedinec snižuje svoji pracovní angažovanost a zvyšuje se jeho nechuť k práci (Ptáček In Bartůněk, 2016). Pracovní výkon klesá a jedinec ztrácí důvěru ve svoje vlastní schopnosti (Stock, 2010). Zaznamenány jsou častější pochybení jedince v práci, poruchy soustředění (Šrámková, 2015) a objevuje se i zpochybňování samotného smyslu práce (Venglářová, 2006). Jedinec je přesvědčen, že nic nemá cenu, a může se objevit negativní hodnocení práce a organizace, ve které pracuje a naprosto ztrácí zájem o témata související s profesí (Ptáček, 2013).



## **Depersonalizace**

V sociální sféře jedince se objevují konflikty. Jedinec se distancuje od ostatních, vyhýbá se kolektivu a postupně přestává komunikovat (Kapounová, 2007). Často se tyto potíže přenášejí z pracovní sféry do sféry soukromé. Jedinec si vytváří negativní postoj k okolí, k práci i k sobě samému (Leineweber, 2014). Může se objevovat agresivní chování, nebo naopak lhostejnost a nezájem. Postupně jedinec ztrácí schopnost navazovat a udržovat vztahy (Honzák, 2015). Může se projevit také krutost, cynismus, neschopnost vyjádření emocí, obviňování druhých a negativní hodnocení práce (Moss, 2016).

### **2.1.3 Fáze syndromu vyhoření**

Vývoj syndromu vyhoření je dlouhodobý proces skládající se z několika fází. V literatuře se popisují čtyři nebo pět fází syndromu vyhoření.

V roce 1998 popsala Christina Maslach čtyři stupně syndromu vyhoření. Jsou jimi nadšení, postupné vyčerpání, apatie a vyhoření (Pešek, 2011).

Pět fází syndromu vyhoření popsali Edelwich a Brodsky a jsou to nadšení, stagnace, frustrace, apatie a vyhoření.

1. Fáze - v první fázi syndromu vyhoření je jedinec nadšený, práce ho naplňuje a je pro něj na prvním místě.
2. Fáze - během druhé fáze zjišťuje jedinec, že práce má svá omezení a že všechny ideály nelze naplnit.
3. Fáze - představuje otázky efektivity a smysluplnosti práce a mohou se objevovat konflikty.
4. Fáze - přichází apatie, kdy už jedinec nepocítuje potěšení z práce a práce samotná pro něj představuje pouze zdroj obživy.
5. Fáze - vyhoření, které můžeme charakterizovat jako emocionální vyčerpání, pocit ztráty smysluplnosti a depersonalizaci (Edelwich, Brodsky In Körner, 2002, In Ptáček, 2011).

### 2.1.4 Diagnostika syndromu vyhoření

Pro diagnostiku syndromu vyhoření slouží škály a dotazníky. Níže uvádím příklady některých z nich.

- The Tedium Scale - počátkem 80. let vytvořila A. Pines
- The Staff Burnout Scale for Health Professionals (Jones, 1980)
- Burnout Measure - A. Pines
- Maslach Burnout Inventory – vytvořen Christine Maslach
- BoTeList - S. Melamed, T. Kushnir a A. Shirom, 1992
- Oldenburg Burnout Inventory - J.R.B. Halbesteben
- Copenhagen Burnout Inventory (Kristensen et.al, 2005, In Ptáček, 2013)
- Shirom - Melamed Burnout Measure - S. Melamed a A. Shirom, tato metoda navazuje na metodu BoTeList. Má tři subškály - fyzická únava, emoční vyčerpání a kognitivní opotřebovanost (Ptáček, 2013).

Diagnostika syndromu vyhoření může být velmi složitá. Symptomy a důsledky syndromu vyhoření lze totiž snadno zaměnit s jinými chorobami, jako jsou stres, deprese, únava a další. Rozvoj syndromu vyhoření může vést ke vzniku mnoha dalších poruch. Vhodná je tedy diferenciální diagnostika (Ptáček, 2013).

### 2.1.5 Prevence syndromu vyhoření

Nejlepším a zároveň nejekonomičtějším řešením syndromu vyhoření je prevence. Prevence může výrazně pomoci, i když si jedinec myslí, že ji nepotřebuje. Často je prevence podceňována, a když už se objeví příznaky syndromu vyhoření, je už na ni pozdě (Venglářová, 2006).

Prevenci můžeme rozdělit podle úrovně, na které se zaměřuje. Jsou to úrovně pracovní a osobní.

#### Prevence syndromu vyhoření na úrovni organizace

Nástupu do zaměstnání předchází **vzdělání**, které hraje v otázce prevence syndromu vyhoření důležitou roli. Kvalitní vzdělávací proces může jedinci pomoci vybrat správný obor a dostatečně ho připravit na výkon budoucí profese. První zaměstnání je pro každého jedince klíčové, protože často rozhoduje o tom, zda jedinec v dané profesi vydrží nebo ne.

Odborně vedený adaptační proces je při nástupu do zaměstnání velmi důležitý. Mít se na koho obrátit a moci požádat o pomoc, mít svého průvodce a rádce je k nezaplacení (Venglářová, 2006).

Preventivní přístup k syndromu vyhoření by měl být v podvědomí každého zaměstnavatele. Kvalitní **pracovní podmínky, organizace práce, možnost osobního rozvoje, odborně vedený adaptační proces, pracovní vybavení, možnost supervize a adekvátní ohodnocení** nejsou jen pojmy. Jsou to důležité faktory, které ovlivňují spokojenost zaměstnanců v jejich povolání a slouží i jako prevence vzniku syndromu vyhoření. Pokud u zaměstnanců vládne pracovní spokojenost, můžeme ji pozorovat na kvalitě poskytované práce (Šimková, 2013).

Pracovní zátěž je možné zmírnit následujícími způsoby: **rozdělit si priority, nechat si pomoci** od kolegů, pěstovat **kvalitní vztahy** na pracovišti a **pracovat jako tým**. Tým má společný cíl, který všichni členové respektují. Každý člen má svůj přínos pro tým a tým má důležitou roli v kolektivu. V týmu jsou jasně stanovené pravomoci a zodpovědnost a přináší nám to pocit, že někam patříme a jsme užiteční. Atmosféra důvěry, pocit sounáležitosti, radost z práce, to vše motivuje celý tým i jedince. Kvalitní vztahy v práci přináší silnou sociální oporu (Bartošíková, 2006).

Další důležitou položkou v pracovní oblasti je samotná organizace. **Vedení organizace** by mělo umožnit racionální rozpis služeb, možnost požadavků na volno a dovolenou a možnost výměny služeb. Mnoho pracovišť poskytuje svým zaměstnancům benefity (poukázky na sportovní nebo relaxační aktivity), které mohou zaměstnance motivovat a také pomoci mu kvalitně odpočívat. Dále je důležité vybavení pracoviště, školení a bezpečnost práce. Pokud zaměstnavatel nabídne možnost participace na rozhodování, bude se mu se zaměstnanci lépe spolupracovat (Bartošíková, 2006).

Organizace by měla mít zájem na péči o psychické zdraví zaměstnanců. Je zde možnost **supervize, spolupráce s psychologem** nebo zjišťování **spokojenosti zaměstnanců** pomocí dotazníků (Bartošíková, 2006). Supervize je v dnešní době stále častěji využívaná metoda, je to pomoc od externího pracovníka a slouží k podpoře profesionálního růstu zaměstnanců, poskytuje prostor pro sdělování zkušeností, ventilování emocí a hledání nových pohledů a nápadů. Pokud se v týmu objevují konflikty, nabízí supervize pohled

zvenčí a přináší své zkušenosti, podporu a doporučení (Venglářová, 2006). Cílem supervize je zlepšení pracovní situace, atmosféry a organizace práce. Supervize je orientovaná na podporu kvality práce i vzájemné spolupráce. Zaměstnanci mají díky supervizi možnost získání nadhledu a sebereflexe (Bartošíková, 2006).

### **Prevence syndromu vyhoření na úrovni jedince**

Prevence v osobní oblasti zahrnuje realizovanou potřebu **mít rád sám sebe a pečovat o sebe**. Během života se naše osobnost utváří a mění. Někdy je náročné pochopit ostatní, proto musíme začít sami u sebe. Pro každého je důležité hodnocení ostatních, ale nemělo by převyšovat sebehodnocení. My se sebou žijeme a měli bychom si hlavně *vážít sami sebe*. Měli bychom si ale také uvědomovat své silné a slabé stránky a respektovat je (Venglářová, 2006).

**Sociální síť** a podpora okolí je v otázce prevence velmi důležitá. Požádat někoho o pomoc není selháním, ale projevem důvěry v druhého. Existence blízkých osob nám může poskytnout to, co si sami sobě nemůžeme dát (Venglářová, 2006).

V otázce prevence syndromu vyhoření v osobní oblasti je důležité, aby se jedinec cítil dobře sám sebou a ve svém těle. Proto je důležitá nejen **psychická**, ale i **fyzická pohoda**, o kterou musíme pečovat. Je to otázka **zdravého životního stylu**. Životní styl je komplex psaných a nepsaných pravidel a vzorců a souhrn životních podmínek, na které berou lidé ohled ve vzájemných vztazích a chování. Je ovlivněn rodinou, profesí každého jedince, tradicemi a společenskými rolemi (Vattaiová, 2012). Životní styl je jednou z nejvýznamnějších determinant zdraví, které je základní hodnotou, a tudíž velmi popisovanou a diskutovanou kategorií. Zdraví je základním předpokladem kvalitního lidského kapitálu, který je zase nezbytným předpokladem dobře prosperující společnosti. Důležitá je zdravotní výchova, která zahrnuje zdravou výživu, tělesnou aktivitu a sexuální zdraví (Běláková, 2007).

Dnešní doba sebou přináší časté využívání automobilu a dlouhé sezení u počítače nebo televize. Často se objevují bolesti zad, krční páteře a nespavost. Lidské tělo je však uzpůsobené pro pohyb a potřebuje ho. Pohyb zásobuje tělo kyslíkem a zlepšuje jeho psychickou i fyzickou kondici (Pešek, 2016). Každý z nás si může vybrat z velkého

množství pohybových aktivit. Pokud jde o aktivní odpočinek, často jsou doporučovány saunování, jóga a relaxační cvičení (Křivohlavý, 2010).

Každé zaměstnání je náročné, proto je nutný **kvalitní odpočinek**. Pro kvalitní odpočinek je důležitá **spánková hygiena**. Během spánku dochází k obnově psychických a fyzických sil, zvyšuje se odolnost organismu a dochází k ukládání informací do paměti. Potřeba spánku je individuální, průměrná doba se však pohybuje mezi 6-8 hodinami. Důležité je vytvořit si vhodné prostředí pro spánek, jako jsou pohodlná postel a oblečení, vhodná teplota, šero a pravidelný režim (Křivohlavý, 2010).

Správné **stravování** také patří ke zdravému životnímu stylu. Strava má být pestrá, rovnoměrná a pravidelná. Doprovází ji dostatek tekutin, vitamínů a minerálů. Jídlo bychom měli brát jako společenskou záležitost a pečovat i o kulturu stolování (Křivohlavý, 2010). Pro dodržování zdravého životního stylu je dobré znát škodlivé látky, kterým bychom se měli vyhýbat jako jsou alkohol, cigarety a drogy (Stock, 2010).

**Pozitivní přístup k životu** a smích také velmi přispívají ke zdraví. Při smíchu dochází k otřesům bránice a okysličení celého organismu. Je to vlastně aerobní cvičení, které posiluje lymfatický oběh a aktivuje imunitní systém, omlazuje organismus, brzdí výdej stresových hormonů a usnadňuje vznik a udržování sociálních kontaktů (Hozák, 2015). Je možné se i naučit strategie na vyrovnávání se se stresem a zátěží, ty ovšem vyžadují pravidelný a dlouhodobý trénink (Venglářová, 2006).

Podstatou spokojeného života je najít **rovnováhu mezi pracovním životem a osobním životem**. Jedinec by neměl zanedbávat své zájmy, a naopak by je měl pěstovat. Měl by věnovat pozornost svému životnímu stylu, stravování, pohybu, spánku a odpočinku a sexuálnímu životu (Kapounová, 2007).

### **2.1.6 Terapie syndromu vyhoření**

Terapie syndromu vyhoření závisí nejvíce na jedinci samotném. Je nutné, aby si jedinec přiznal, že má problém a převzal za něj zodpovědnost. Pokud jedinec sám nechce, léčba nemá smysl (Prieß, 2015).

Jedinec musí přehodnotit svůj život a svoji situaci. Otázkou je, zda problémy zvládne sám, nebo potřebuje pomoc. Terapii syndromu vyhoření může pomoci **změna denního režimu**,

**stravování a aktivit.** Jedinec by si měl dopřát *kvalitní odpočinek* a vytvořit si pro něj vhodné místo (Venglářová, 2006).

Během terapie syndromu vyhoření je důležitá **sociální podpora** od rodiny a nejbližších lidí. Často musí jedinec při léčbě znovu nalézt svoji identitu a vyrovnat se s minulostí. Je nutné vyřešit konflikty, odpustit lidem a zbavit se toho, co jedinci vadí. Někdy se musí při léčbě propracovat až k tomu, co bylo prvotním důvodem vyhoření (Prieß, 2015).

Zaměstnavatel může být při terapii syndromu vyhoření také nápomocný. Může pomoci **supervize, psycholog** anebo i **změna pracovního místa** nebo **zaměření**. Jedinec sám se však musí naučit oddělovat pracovní a osobní život a dodržovat přestávky (Ptáček, 2011).

Další možností léčby syndromu vyhoření je **psychoterapie a nácvik relaxačních technik**. Mohou se kombinovat i s farmakoterapií. Někdy je vhodné provést i diferenciální diagnostiku a vyloučit například depresivní stavy nebo somatická onemocnění (Šrámková, 2015).

### **Specializovaná pracoviště zaměřená na terapii syndromu vyhoření**

Během vyhledávání specializovaných pracovišť, která se zabývají terapií syndromu vyhoření v České republice, jsem nenalezla žádné konkrétní. Terapie tedy probíhá hlavně na úrovni ambulantní péče a v psychiatrických léčebnách a nemocnicích. Většinou je léčba symptomatická a provádí ji praktický lékař.

Ve světě je situace jiná. Uvádím zde příklad několika pracovišť, která se specializují mimo jiné i na syndrom vyhoření. Některá z nich jsou soukromá zařízení, kde si terapii musí jedinec uhradit z vlastních zdrojů, většina zařízení je ale financovaná jako součást zdravotního a sociálního pojištění. Zařízení mají léčebné programy s individuálním přístupem, který respektuje potřeby a situaci jedince.

- Paracelsus Recovery - toto zařízení se nachází ve Švýcarsku v Curychu, kde bylo založeno v roce 2012. Zaměřují se zde na terapii závislostí, poruch příjmu potravy, behaviorálních problémů a poruch chování. Léčba v tomto zařízení trvá přibližně čtyři až osm týdnů.

- Dementech Neurosciences Clinic - mezinárodní klinika, nacházející se v Londýně. Zaměřují se na terapii neurologických a psychologických onemocnění. Mají program zaměřený přímo na prevenci vzniku syndromu vyhoření.
- Burghof-Klinik - klinika pro psychosomatickou medicínu a psychoterapii nacházející se v Německu. Zaměřuje se na terapii syndromu vyhoření, depresí, traumat, panických a úzkostných poruch, obsesivně-kompulsivních poruch, poruch příjmu potravy a psychoterapii chronických bolestí.
- Schön Klinik Roseneck - je odborná klinika psychických a psychosomatických onemocnění s tradicí již od roku 1985. Nachází se v Německu v Rosenheimu a Prienu, ale má své pobočky i v dalších zemích. Nabízí terapii ambulantní nebo na denní klinice.
- Park Klinik - je soukromá akutní klinika pro duševní a psychosomatické zdraví situovaná v Německu v Schlangenbadu.
- Windach Klinik - je psychosomatická klinika, která byla otevřena už v roce 1976, se zaměřuje na všechny psychosomatické formy duševních chorob. Nachází se v Německu.

## 2.2 Sexualita ženy

Sexualita je významnou součástí života každého z nás. Sexualita je zdrojem neobyčejně silných citových hnutí. Uspokojení sexuálních potřeb souvisí s uspokojováním základních lidských potřeb (Zvěřina, 2012). V roce 1999 v Hongkongu na 14. světovém sexuologickém kongresu přijala Světová sexuologická asociace Deklaraci sexuálních práv, která je uvedena níže (Šulová, 2011). Sexuální chování je lidskou přirozeností, jinak by nebylo možné přežít. Sexuální chování je soubor vlastností a prožitků, které člověka vedou nejen k hledání a uspokojování vlastních sobeckých potřeb, ale nutí jej brát i ohledy na ostatní a spoluurčuje kvalitu lidského života. Ženám se v oblasti sexuality vždy přisuzovala spíše pasivní role poskytovatelky sexuálního potěšení a úloha plození potomstva. V době emancipace žen se však mnohé mění. Ženy mají k dispozici hormonální antikoncepci a samy o sobě mohou rozhodovat (Zvěřina, 2000).

Sex je pro lidi zážitek, baví je a touží po něm. Pro někoho je sex manželská rutina, pro jiného experiment nebo forma komunikace mezi partnery. Sex přináší sblížení, intimitu, možnost založení rodiny, naplnění biologických pudů, upevňuje vztahy a patří do běžného života (Fafejta, 2016). Lidské sexuální chování může být velmi naléhavé a podléhá pudům, tudíž není závislé na rozumových kontrolních mechanismech. Sexuální chování ovlivňují sociální, kulturní nebo i ekonomické vlivy a výchova (Zvěřina, 2000).

Sexualita je dána primárně přirozeností, jde o evolučně biologickou funkci. Sexuální chování je kulturně ovlivněno a podřizuje se společnosti, s výjimkou autosexuality. Vzájemně se ovlivňují kultura (normy a očekávání), vztahy (mezi aktéry sexu) a intrapsychologické scénáře (individuální fantazie) (Fafejta, 2016).

První sexuální zkušeností nebývá pohlavní styk, ale autoerotika. Kvalita sexuálního života velmi závisí na výběru partnera, na který mají v dnešní době vliv seznamovací online agentury. Vždy však záleží na postavení jedince, jak věc chápe a jaké má představy a hranice. Mnoho žen například prožívá uspokojení, i když při sexu nedosáhnou orgasmu, a to díky intimitě s partnerem. Výzkumy v oblasti sexu komplikují stud, přehánění a chybná interpretace základních pojmů, kdy si každý jedinec může představovat pod odbornými názvy něco jiného (Fafejta, 2016).



Charakteristiky normální lidské sexuální motivace jsou pevná sexuální identita (role), erotická preference objektu druhého pohlaví, sexuální zralost, kooperace a souhlas partnera a vytvoření páru (Zvěřina, 2012). Roli také hraje mít možnost projevit svoji sexualitu a dosáhnout uspokojení, výběr partnera a poznání jeho potřeb, vlastní erotické fantazie a znalost sebe sama. Důležitá je v sexu otevřenost a trpělivost (Kubík, 2010).

Ženská sexualita je ovlivněna výchovou, psychologickým vývojem, vývojem zevního a vnitřního genitálu a druhotných pohlavních znaků. Žena by měla být připravena na fyziologickou součást dospívání jako jsou růst prsů a menstruace. U žen je velmi častým jevem negativní estetické hodnocení sama sebe. Podstatnou roli hraje i psychosexuální vývoj, žena by měla vědět, že masturbovat a prožívat orgasmus je normální (Fafejta, 2016).

### **Světová deklarace sexuálních práv (1999)**

Sexuální práva jsou všeobecnými lidskými právy založenými na základní svobodě, důstojnosti a rovnosti všech lidí. Za účelem zabezpečení rozvoje zdravé sexuality jedince i společnosti je zapotřebí aby všechny společenské struktury následující sexuální práva definovaly, podporovaly, respektovaly a hájily všemi prostředky. Sexuální zdraví je výsledkem společenského uznání, respektu a uplatňování těchto sexuálních práv (Šulová, 2011).

1. Právo na sexuální svobodu. Sexuální svoboda zabezpečuje jednotlivcům plné vyjádření jejich sexuálních možností. Přitom trvale vylučuje všechny formy sexuálního nátlaku, vykořisťování a zneužití ve všech životních situacích.
2. Právo na sexuální autonomii, integritu a bezpečnost sexuálního subjektu. Toto právo představuje schopnost činit autonomní rozhodnutí týkající se vlastního sexuálního života v souladu s vlastní osobní a sociální etikou. Také zahrnuje kontrolu a osobní ochranu před jakýmkoliv druhem mučení, mrzačení a násilí.
3. Právo na sexuální soukromí. Zahrnuje právo na osobní rozhodnutí co do intimity chování, pokud neporušuje sexuální práva ostatních.
4. Právo na sexuální rovnost. Upozorňuje na svobodu od všech forem diskriminace bez ohledu na pohlaví, sexuální orientaci, věk, rasu, sociální zařazení, náboženství, nebo fyzické či emoční diskvalifikace.

5. Právo na sexuální potěšení. Sexuální potěšení, včetně autoerotických aktivit, je zdrojem tělesného, duševního a intelektuálního blaha.
6. Právo na vyjádření sexuálních citů. Sexuální projev je více než erotické potěšení ze sexuálního aktu. Jednotlivci mají právo vyjádřit svou sexualitu prostřednictvím komunikace, dotyku, citového vyjádření a lásky.
7. Právo na svobodné sexuální sdružování. Vyjadřuje možnost uzavřít nebo neuzavřít manželství, rozvést se, nebo založit jiný typ zodpovědného sexuálního společenství.
8. Právo učinit svobodné a zodpovědné rozhodnutí. Obsahuje právo rozhodnout se, zda mít či nemít děti, počet dětí a intervaly mezi jejich zrozením, dále právo na plnou dostupnost prostředků regulujících plodnost.
9. Právo na sexuální informace založené na vědeckých poznatcích. Právo na sexuální informace, které mají být otevřené, založené na vědeckých a etických poznatcích, šířené vhodným způsobem pro příslušníky všech sociálních skupin.
10. Právo na komplexní sexuální výchovu. Je to celoživotní proces trvající od narození, trvající celý život a ovlivňující všechny společenské instituce.
11. Právo na sexuální zdravotní péči. Sexuální zdravotní péče by měla být dostupná pro prevenci a léčbu všech sexuálních záležitostí, problémů a poruch (Šulová, 2011).

### 2.2.1 Determinanty lidské sexuality

Psychosexuální vývoj je pro každého jedince důležitý a ovlivňuje ho více faktorů. Rozhodující aspekty psychosexuálního vývoje jsou sexuální identifikace, vytvoření sexuální role a sexuální orientace (preference) a charakteristika sexuálního chování (Weis, 2010). Níže uvádím jednotlivé determinanty.

- Biologické determinanty - základ tvoří genotyp, fenotyp, hormony, pohlaví, biologická podoba a vývoj vnitřních a vnějších reprodukčních orgánů (Weis, 2010).
- Sexuální identita - navazuje na genetické a biologické determinanty. Sexuální identita představuje pocit příslušnosti k mužskému nebo ženskému pohlaví. V této oblasti se mohou projevovat poruchy transgender - male to male, female to female (Zvěřina, 2012).
- Sexuální orientace - v České republice existuje od 50. let norma, která identifikuje užší a širší normu sexuální orientace. Užší normu představuje heterosexuality a širší normu představuje homosexualita. Norma uvádí i abnormální sexuální orientaci, která se liší podle objektu nebo podle aktivity. Sexuální orientace je to, kým člověk je na základě své individuální touhy eroticky a sexuálně přitahován (Fafejta, 2016).
- Rolové chování - lidské sexuální chování má párový charakter a zabývá se identifikací rolí. (Zvěřina, 2003) Identifikace rolí představuje například roli matky a manželky.

Každý člověk má právo na vlastní sexuální život, pokud tím neporušuje práva druhých. Také má právo na volbu sexuální orientace a identity (Fafejta, 2016).

### 2.2.2 Sexuální dysfunkce ženy

WHO definuje sexuální dysfunkce jako stavy, při nichž se jedinec nemůže na svém sexuálním životě podílet podle vlastních představ (Sharma, 2016). Přesnou příčinu těchto stavů často neznáme, mohou být příznakem psychosomatického onemocnění (Pastor, 2015). Sexuální dysfunkce představují problém, který se může vyskytovat u všech věkových kategorií (Khajehei, 2015).

Příčiny sexuálních dysfunkcí můžeme rozdělit na **psychogenní** a **somatické**. Mezi psychogenní příčiny řadíme situační faktory, traumata, partnerské problémy, typ osobnosti

a psychické poruchy (Kratochvíl, 2008). Psychogenní příčiny jsou ty, které nejsou vyvolané organickou poruchou nebo nemocí, jedinec nepociťuje sexuální touhu nebo není schopen uskutečnit soulož vedoucí k uspokojení, ačkoliv k tomu má základní anatomickofyziologické předpoklady a není zaměřen na neobvyklé sexuální cíle (Kratochvíl, 1999). Somatické příčiny mohou být vaskulární, hormonální, dále chronické zánětlivé stavy, komplikace ženského cyklu nebo stavy po porodech a operacích (Fiala, 2015).

Ženské sexuální dysfunkce snižují kvalitu života, přináší somatické obtíže, emoční napětí a sociální odloučení (Pastor, 2005). Často jsou sexuální dysfunkce žen přehlíženy a bagatelizovány (Pastor, 2015). Ženy však považují sexuální zdraví za důležitou součást svého života (Dawson, 2017). Incidence sexuálních dysfunkcí je spíše odhadována podle ochoty žen o této problematice mluvit. Dysfunkce můžeme rozdělit na **primární** a **sekundární**. Primární dysfunkce jsou přítomny již od počátku sexuálního života, zatímco sekundární dysfunkce vznikají v jeho průběhu. Dále můžeme dysfunkce rozdělit na **situační** a **psychogenní** (Khajahei, 2015). Velkou část dysfunkcí může poznat a vyřešit gynekolog, proto jsou právě pravidelné gynekologické prohlídky důležité. Řešením sexuálních dysfunkcí u žen zabývají urologie, psychologie, psychiatrie a sexuologie. Pro pochopení podstaty onemocnění je nutné znát anatomii, fyziologii, reprodukční a sexuální endokrinologii a centrální a periferní nervovou soustavu (Veselský, 2011). Pro efektivní léčbu je nutné si uvědomit, že sexuální dysfunkce představují multifaktoriální problém a je nutný individuální léčebný přístup (Khajahei, 2015).

### **Poruchy sexuální touhy**

Sexuální touhu můžeme definovat jako libido, chuť, žádost nebo zájem (Kratochvíl, 1999). Sexuální touha může být snížena (sexuální lhostejnost), zvýšena nebo se může objevit sexuální averze (nesexuální úzkostné poruchy, nepřekonatelný odpor k sexu) (Pastor, 2015). Snížená touha může vést až k frigiditě a zvýšená naopak k nymfomanii. Nymfomanie připomíná obsesivně kompulzivní poruchu, projevující se zvýšenou pohlavní touhou a potřebou neustále se vzrušovat (Veselský, 2011).

Poruchy sexuální touhy mohou být ovlivněny menstruačním cyklem nebo hormony (Kratochvíl, 1999). Vzácně se tato porucha objevuje samostatně, častěji v souvislosti

s duševními, tělesnými potížemi, sociálními a partnerskými problémy. Duševní potíže mohou zahrnovat deprese nebo psychosociální onemocnění. Tělesné potíže mohou zahrnovat kardiovaskulární onemocnění, diabetes melitus, hormonální změny, poruchy funkce štítné žlázy, vleklá onemocnění nebo onkologická onemocnění (Zvěřina, 2000, Šrámková, 2015). Porucha sexuální touhy může být také spojena s nadměrnou zátěží při nutnosti současně zvládnout péči o domácnost, děti, manžela, zaměstnání (Zvěřina, 2004).

Zvýšená i snížená sexuální touha přináší potíže a diskomfort ženy (Veselský, 2011).

### **Poruchy sexuálního vzrušení**

Poruchy sexuálního vzrušení představují nedostatečné prožívání sexuální slasti a poruchy lubrikace (Pastor, 2015). Zvýšené prokrvení genitálu a lubrikace slouží k lepšímu vstupu penisu do pochvy, porucha sexuálního vzrušení vstup do pochvy omezuje (Trojan, 2011).

Frigidita představuje kombinaci dvou poruch, a to současný nedostatek sexuální touhy a sexuální vzrušivosti. Porucha sexuální vzrušivosti znamená chybějící pocit slasti při adekvátní sexuální stimulaci, nedostatečné zvlhnutí pochvy nebo uvolnění poševního vchodu a necitlivost pohlavních orgánů při souloži (Vrzáčková, 2012). Často se porucha sexuální vzrušivosti objevuje v kombinaci s poruchami orgasmu (Kratochvíl, 1999).

Frigiditu můžeme rozdělit na **primární** a **sekundární**. Primární porucha je přítomná od počátku života, sekundární porucha vzniká v průběhu života, po období normální sexuální aktivity. Další dělení frigidity je na **generalizovanou** nebo **selektivní**. Generalizovaná porucha je celková, zatímco selektivní je vázaná jen na určitého partnera, prostředí, psychické stavy nebo životní období (Vrzáčková, 2012).

Příčinami poruch sexuálního vzrušení jsou prudérní sexuální výchova, sexuální traumata nebo negativní sexuální zážitky. Tyto poruchy mohou ovlivnit i tělesné změny, jako jsou snížené hladiny hormonů, chronická onemocnění, deprese, anorexie, abusus alkoholu, chronický stres, gynekologická onemocnění a únava. Negativní vliv na vznik poruchy mají i nedostatek soukromí, onemocnění partnera, nízké sebevědomí, negativní postoj k vlastnímu tělu a neshody v partnerském životě (Vrzáčková, 2012).

Diagnostika této poruchy spočívá v sexuální anamnéze a gynekologickém vyšetření (Vrzáčková, 2012).

Terapie poruchy sexuálního vzrušení spočívá v partnerské terapii a psychoterapii, která zahrnuje kognitivní a behaviorální techniky cílené na individuální a vztahovou problematiku. Cílem terapie je zlepšení celkového postoje k sexu a intimní komunikace partnerů (Vrzáčková, 2012). Při terapii je podstatná motivace, odstranění rušivých faktorů a zlepšení vztahu k partnerovi (Zvěřina, 2000).

### **Poruchy orgasmu**

Poruchy orgasmu neboli anorgasmie jsou poruchy pocity vyvrcholení. Navzdory vysokému stupni sexuálního vzrušení nedojde u jedince k vyvrcholení nebo je intenzita vyvrcholení snížena (Pastor, 2015).

### **Orgasmus**

Orgasmus je přechodný pocit intenzivní rozkoše, může být vnímán jako změna vědomí, navození pocit klidu, pohody, štěstí a rytmických stahů perivaginálních a pánevních svalů (Fiala, 2015). Orgasmus je pocity vyvrcholení sexuálního vzrušení, nejintenzivnější zážitek po narůstajících příjemných pocitech v průběhu sexuálního dráždění. Před dosažením orgasmu se dostavuje pocit, že žena chce pokračovat a cítit vzrušení stále intenzivněji. Při orgasmu dosahuje náhle uvolnění a uspokojení. Během orgasmu se objevují intenzivní pocity v malé pánvi, rozlévání tepla, tepání a mimovolní rytmické stahy kolem pochvy. Prožití orgasmu ovlivňuje celé tělo: zvyšuje se krevní tlak, zrychluje se puls a dech, dochází k zarudnutí v obličeji, napětí svalů celého těla, hlasitým nepotlačitelným vzdechům, reflexnímu zatažení dechu, a nakonec k celkovému uvolnění (Kratochvíl, 1999).

### **Anorgasmie**

Anorgasmie představuje opoždění nebo úplnou absenci orgasmu po normálně proběhlé fázi vzrušení. Anorgasmie vyvolává u jedince osobní nepohodu a k potvrzení diagnózy musí porucha trvat alespoň 6 měsíců. Anorgasmie se projevuje nepřítomností vyvrcholení, nízkou frekvencí nebo intenzitou vyvrcholení, prodloužením doby potřebné k dosažení

vyvrcholení, následovanou zlostí, bolestmi podbřišku a hlavy, nespavostí, citovým ochabnutím a vyhýbáním se sexu (Vrzáčková, 2012).

Anorgasmii můžeme rozdělit na **primární** (z nedostatku sexuálních zkušeností) a **sekundární** (vzniká na základě chronického onemocnění). Anorgasmie, jako porucha se může objevit po porodu nebo po gynekologických operacích (Trojan, 2011). Dalšími příčinami vzniku anorgasmie mohou být změny hladin hormonů (Veselský, 2011). Vliv na vznik poruchy orgasmu má také sexuální výchova, vztahy v rodině, negativní vztah k vlastnímu tělu, obavy ze ztráty sebekontroly nebo sexuální traumata (Fifková, 2005).

Anorgasmie se může objevit jako samostatná porucha, kdy se žena při stimulaci vzrušuje, ale nikdy nebo zřídka nedosahuje orgasmu. Dalším typem anorgasmie může být koitální anorgasmie, kdy žena dosáhne orgasmu pouze při masturbaci, a ne při souloži. Při totální anorgasmii nedosahuje orgasmu nikdy. U některých žen však i sex bez dosažení orgasmu přináší spokojenost (Kratochvíl, 1999).

Ženy trpící anorgasmií se projevují absolutní nepřítomností vyvrcholení nebo jeho sníženou frekvencí, intenzitou nebo významným prodloužením doby k jeho dosažení. Ženy často pociťují nespokojenost a vnitřní napětí. Může se objevit zlost na partnera, bolesti podbřišku nebo nespavost (Vrzáčková, 2012).

V diagnostice nám informace přináší hlavně sexuální a farmakologická anamnéza (Kratochvíl, 1999).

V terapii anorgasmie se uplatňuje psychoterapie, kdy terapeut pomůže pacientce rozklíčovat konflikty nebo životní situace, které mohly poruše předcházet (Kratochvíl, 1999). U primární anorgasmie může pomoci řízená masturbace a posilování svalů pánevního dna. Farmakologická terapie je velmi omezená, proto se dnes využívá alternativní terapie, do které řadíme jógu, akupunkturu, masáže, relaxaci, homeopatii a čínskou medicínu (Vrzáčková, 2012). V některých případech se využívá i hypnoterapie, což je sugestivně navozený stav změněného vědomí, ve kterém se zvyšuje vnímavost k sugescím. Sugescie se zaměřují na zvýšení sexuální touhy a sebevědomí (Kratochvíl, 1999).

Pro kvalitní terapii je vhodné připravit příznivé prostředí, osvětlení a hudbu. Zajistit ochranu a s partnerem komunikovat, navzájem poznávat svá těla. Velmi podstatný je při terapii anorgasmie i kladný přístup k partnerovi. V lékárnách je dnes dostupná celá řada prostředků, které mohou být velmi nápomocné (Kratochvíl, 1999).

### **Bolestivé poruchy**

Mezi bolestivé poruchy řadíme hlavně dyspareunii a vaginismus.

Dyspareunie představuje opakující se nebo trvalou bolest nebo dyskomfort spojený s nezdařenou nebo dokončenou souloží (Pastor, 2015). Bolest způsobuje nedostatečná lubrikace, a tím při styku vznikají exkoriace poševního epitelu a drobná poranění. Pro bolest se žena snaží omezit frekvenci styku (Veselský, 2011). Dyspareunie se projevuje pálením a svěděním, které může být spojeno s infekcí (Trojan, 2011).

Vaginismus je trvalý nebo opakující se stav, kdy je omezeno nebo znemožněno vniknutí penisu, prstu nebo jiného předmětu do vaginy, přestože si to žena přeje. Příčinou vaginismu je zvýšená spasticita pánevních a abdominálních svalů (Pastor, 2015). Spasmy jsou mimovolní stahy svalů a znemožňují penetraci (Kratochvíl, 1999). Pro ženu je tato porucha velmi bolestivá a je spojena s následným odporem k sexu. Objevuje se často při partnerských problémech (Zvěřina, 2000).

Příčinami bolestivých poruch jsou úzkost, strach, nestabilní emotivita nebo negativní zkušenosti a negativní postoj k sexu a k partnerovi. Další příčiny bolestivých poruch mohou být somatická onemocnění jako jsou gynekologická onemocnění, záněty nebo pooperační stavy (Veselský, 2011).

### **Ostatní poruchy**

Sexuálních dysfunkcí je mnoho, v této kapitole uvádím další možné problémy, které mohou mít vliv na vznik dysfunkcí.

Syndrom neklidného genitálu představuje tiky, myoklonie a úporné nepříjemné pocity spojené s fyziologickými příznaky sexuální excitace. Dostavuje se absence úlevy po orgasmu (Trojan, 2011).



Syndrom low back pain, neboli syndrom bolesti dolní části zad, je dnes velmi častý fenomén a jednou z nejčastějších příčin pracovní neschopnosti v pokročilém věku. Tento syndrom zasahuje do sociální a ekonomické sféry (Brůhová, 2010).

Premenstruální tenze může být také příčinou sexuálních poruch. Před menstruací dochází ke zhoršení duševního stavu a snižuje se zájem o sex (Zvěřina, 2000).

Zvláštní skupinou jsou ženy exponované intenzivnímu pracovnímu vytížení. Tyto ženy sexualitu nepotřebují, jen by je zdržovala od práce (Veselský, 2011).

Somatická onemocnění jsou také často příčinou sexuálních dysfunkcí. Pokud je přítomna bolest a nepříjemné příznaky, je těžké si sex užívat. Příčinami mohou být poševní záněty, kdy se objevuje výtok a bolesti. Dále to mohou být gynekologické operace zahrnující odstranění ženských orgánů, což nese většina žen velmi těžce. Ženy v těchto případech často bojují s pocitem ztráty vlastní identity. Pokud je narušena estetičnost a vzhled těla (operace prsou, jizvy) může se objevit problém s negativním přístupem k vlastnímu tělu. Dále jsou to sexuální obtíže vzniklé během gravidity a šestinedělí. U žen se ve třetím trimestru snižuje sexuální zájem a připravují se na velkou změnu socioekonomické situace v rodině. Rovněž klimakterium pro mnoho žen může představovat problémy v sexuální oblasti (Zvěřina, 2000).

### 2.2.3 Faktory ovlivňující ženskou sexualitu

Každá žena má individuální potřeby a prožívání. Následující faktory mohou negativně nebo pozitivně ovlivňovat ženskou sexualitu. Všeobecně můžeme ovlivňující faktory rozdělit na **biologické, psychologické, sociální, lékařské, interpersonální a intrapersonální**. Všechny mohou ovlivňovat sexuální fungování ženy (Khajehei, 2015; Yang, 2017).

V otázce vývoje ženské sexuality je důležitá **sexuální výchova** v rodině nebo ve škole. Jde o znalosti o menstruačním cyklu a jeho poruchy (nepravidelnost, vysoká nebo nízká intenzita menstruace). Každá žena by měla být na příchod menstruace připravena (Veselský, 2011). Po celou dobu života doprovází ženy změny v životním prostředí, partnerů, životního stylu, biologických a reprodukčních stavů a ty mohou mít velký vliv na sexuální funkce ženy (Clayton, 2016).

Velmi důležitou roli v oblasti ženské sexuality hraje **gynekologická prevence**. Klíčová je důvěra mezi lékařem a ženou. V dnešní době je možnost zvolit si lékaře nebo lékařku. S gynekologickou prevencí úzce souvisí užívání hormonální antikoncepce nebo dalších způsobů ochrany před nechtěným otěhotněním (Veselský, 2011).

Pro každou ženu je důležité **těhotenství** a s ním spojené tělesné změny. Během těhotenství se mění v podstatě celé tělo a žena se musí těmto změnám přizpůsobit. Následuje porod a šestinedělí. Po porodu se žena často potýká s tělesnými následky těhotenství. Není výjimkou, když po porodu nastanou u ženy psychické potíže (Veselský, 2011).

V průběhu života se žena může setkat s **gynekologickými operacemi nebo onemocněními**. U těchto onemocnění je často problémem psychika ženy. A ta má obrovský vliv během klimakteria, při kterém se mění vnímání vlastního těla, a představuje pro ženy mnoho nepříjemných prožitků (Veselský, 2011).

Velký vliv má i **tělesná konstituce, náboženství a moderní technologie**, kvůli kterým stále více přicházíme o soukromí. Dle WHO je obezita světovou epidemií a je nejrychleji se rozvíjícím zdravotním problémem. V případě obezity jednoho nebo obou partnerů mohou být sexuální aktivity omezeny nebo nahrazeny. Častým problémem žen je výběr partnera (Kubík, 2010).

#### **2.2.4 Měření sexuálních funkcí**

K diagnostice sexuálních dysfunkcí můžeme použít dotazníky a hodnotící škály. Každý jedinec však normu vnímá individuálně a hodnocení tak může být zkreslené.

Při diagnostice se využívají například dotazníky na zjištění sexuálních funkcí a uspokojení v páru (sexual interaction inventory), psychosexuálních funkcí (derogalis sexual function inventory) nebo existence a závažnosti poruch v heterosexuálních vztazích (Golombok rust inventory of sexual satisfaction). Další možností je hodnocení sexuálních funkcí ženy a muže dle Mellan, kterou jsem využila i ve své diplomové práci. Tato diagnostika zjišťuje pohlavní aktivitu a kvantifikaci aktuálních sexuálních funkcí (Žourková, 2004).

## **2.3 Specifika intenzivní péče ve zdravotnictví**

Intenzivní péče ve zdravotnictví je vždy komplexní a individuální. Do intenzivní péče jsou přijímáni pacienti s hrozícím nebo již s probíhajícím selháním jednoho nebo více orgánů. Pacientům je poskytována diagnostická, preventivní a léčebná péče multiorgánového selhání. Péče je poskytována nepřetržitě v kteroukoliv denní i noční hodinu. Sestra pracující v intenzivní péči monitoruje životní funkce pacienta, veškeré informace o něm zaznamenává do dokumentace a reaguje na aktuální změny. Rozsah poskytované péče závisí na diagnostickém a zdravotním stavu pacienta. Ve většině případů je třeba saturovat všechny potřeby pacienta, často je pacient na péči závislý (Kapounová, 2007).

Na sestry pracující v intenzivní péči jsou kladeny vysoké nároky. Provádějí monitoraci životních funkcí pacienta, intenzivní ošetrovatelskou péči a podílejí se na intenzivní léčbě. Požaduje se nejen znalost léků a způsobu dávkování, ale také technické vzdělání (Gulášová, 2004). Během své práce se sestry denně setkávají s úzkostnými situacemi, řeší morální a etická dilemata a pečují o pacienty, u kterých může být léčba prodlužováním utrpení (Epp, 2012).

### **2.3.1 Požadavky k výkonu povolání zdravotní sestry**

Profese zdravotní sestry patří mezi regulovaná povolání (již od roku 2004, kdy Česká republika vstoupila do Evropské Unie), která mají přesně stanovené podmínky pro výkon povolání. Práci sester ve zdravotnictví regulují zákony a vyhlášky, kterým se při práci musí přizpůsobit. Důležitou je například povinnost mlčenlivosti (Vévoda, 2013). Podmínky k výkonu povolání jsou odborná, zdravotní a jazyková způsobilost a trestní bezúhonnost (Brůha, 2011).

Po splnění všech podmínek k výkonu povolání zdravotní sestry, je zde ještě otázka kompetencí. Kompetence jsou vlastně činnosti, které může sestra vykonávat. Kompetence určuje nejvyšší dosažené vzdělání a zákony, ale finální podobu jim určuje zaměstnavatel. Otázkou je, zda zdravotníci své kompetence znají a zda je dodržují. Dle studie, provedené v letech 2005-2006 v pražských fakultních nemocnicích, přiznává 50 % sester provádění výkonů nad rámec svých kompetencí. A 40 % sester provádí výkony nad rámec svých kompetencí, a ani si toho nejsou vědomy. Tyto situace vznikají v případě, že kompetence

nejdou definovány, není definováno, kdo nese zodpovědnost nebo zdravotník své kompetence nezná (Lálová, 2011).

Zdravotnická povolání můžeme rozdělit na lékařská a nelékařská. Rozdíl mezi nimi je, že u nelékařské neexistuje samosprávná profesní regulace, všechny regulace tedy určuje státní správa. Lékařská povolání řídí samosprávná profesní regulace. Zdravotníci mohou pracovat jako osoby samostatně výdělečně činné nebo jako zaměstnanci zdravotnického zařízení (Brůha, 2011).

Zdravotnická profese je jasně definována, jsou určené podmínky k získání kvalifikace, podmínky pro výkon povolání, stanovené činnosti, které je zdravotník oprávněn vykonávat, dále sankce a způsobilost. Další podmínkou je celoživotní vzdělávání, které slouží k prohlubování kvalifikace (Brůha, 2011).

### **2.3.2 Příprava sester na povolání a adaptační proces**

Požadavky na profesi zdravotní sestry v intenzivní péči jsou vysoká výkonnost, odborné znalosti a dovednosti, zodpovědnost, efektivní komunikace, trpělivost a spolupráce s rodinou, pacientem, lékařem (Kleťová, 2011).

Příprava sester na povolání začíná již na střední škole. Studenti se musí adaptovat na novou roli v jejich životě. Ze studentů se stanou sestrami, za kterými budou pacienti chodit pro radu a pomoc. V této fázi je velmi důležitá spolupráce mezi vzdělávacími institucemi a klinickými pracovišti. Tato spolupráce usnadní přechod sester z pozice studenta. Již během studia sestry absolvují praxe a mají možnost nácviku na modelech, které je připravují na povolání. Vhodné je mít mentora, který se jim bude věnovat a zapojí je do provozu (Zelínková, 2017).

## **Praktická část**

### **3 Použité metody**

V této kapitole budou představeny hlavní cíl práce a hypotézy, metodologie, výzkumný soubor a stanovená kritéria pro jeho výběr, způsob sběru dat, etické aspekty a způsob zpracování dat.

#### **3.1 Cíl práce**

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda syndrom vyhoření ovlivňuje sexualitu všeobecných sester pracujících v neodkladné péči ve fakultních nemocnicích.

##### **3.1.1 Hypotézy**

- H1 Předpokládáme, že s rozvojem syndromu vyhoření bude klesat u žen pracujících jako všeobecné sestry v neodkladné péči ve fakultních nemocnicích pohlavní touha.
- H2 Předpokládáme, že s rozvojem syndromu vyhoření bude klesat u respondentek pracujících jako všeobecná sestra v neodkladné péči ve fakultních nemocnicích hodnocení sebe jako sexuální partnerky.
- H3 Předpokládáme, že u respondentek pracujících jako všeobecná sestra v neodkladné péči ve fakultních nemocnicích, u kterých se projeví vyšší skóre v testu syndromu vyhoření, bude klesat četnost uskutečněných pohlavních styků.
- H4 Předpokládáme, že u všeobecných sester pracujících v neodkladné péči ve fakultních nemocnicích, které dosáhnou vyššího skóre v testu syndromu vyhoření, se projeví zhoršená nálada před a po pohlavním styku.

## **3.2 Metodologie**

Sběr dat k výzkumnému šetření proběhl pomocí dvou standardizovaných dotazníků. První dotazník se zaměřoval na syndrom vyhoření pomocí české verze Shiromovy-Melamedovy škály (Shirom, Melamed, 2006 In Ptáček, 2013). Druhý dotazník zkoumal sexuální funkce ženy dle Mellan in Kratochvíl, S. (1999).

### **3.2.1 Shirom – Melamedova škála**

Shirom-Melamedova škála (Shirom, Melamed, 2006 In Ptáček, 2013) je nástroj používaný pro hodnocení míry vyhoření. V České republice je tento dotazník standardizovaný. Obsahuje čtrnáct položek hodnocených na škále od 1 do 7, kdy 1 představuje nejnižší míru vyhoření a 7 představuje nejvyšší míru vyhoření. Škála obsahuje dále tři subškály, a to fyzickou únavu, emoční vyčerpání a kognitivní únavu. Celkový skóre škály vyhoření má rozsah od 14 do 98 bodů. Respondenti označují odpovědi, které nejvíce vystihují jejich pocity za posledních třicet dní (Kebza, Šolcová, Ptáček, 2013 In Ptáček, 2013).

### **3.2.2 Dotazník sexuální funkce ženy**

Dotazník obsahuje celkem 28 otázek a je rozdělený na dvě části. První část obsahuje dvacet otázek, u kterých respondenti označují jednu možnost. Možnosti jsou od 0 do 4. Druhá část dotazníku obsahuje osm otázek a respondenti označují odpovědi, které jsou jim nejbližší. Mohou také označit jejich pořadí (Mellan In Kratochvíl, 1999).

## **3.3 Výzkumný vzorek**

Výzkumný vzorek tvořily všeobecné sestry ženského pohlaví, které pracují ve fakultní nemocnici na pracovišti neodkladné péče. Osloveno bylo celkem 100 respondentů. Kritéria pro zařazení do výzkumného vzorku byla ženské pohlaví a práce v intenzivní péči ve fakultní nemocnici jako všeobecná sestra. Do výzkumného šetření byla zahrnuta oddělení resuscitační péče, anestezie a jednotky intenzivní péče.

### **3.4 Etické aspekty**

Etické aspekty výzkumu obsáhla žádost o povolení výzkumného šetření ve vybrané nemocnici. Tuto žádost jsem v lednu 2018 podala na ředitelství nemocnice, kde byla následně schválena.

Schválená žádost o umožnění výzkumu v souvislosti s odbornou prací je uložena a k nahlédnutí u autora diplomové práce. Z důvodu zachování anonymity zdravotnického zařízení není v celé diplomové práci uveden její název.

### **3.5 Způsob sběru dat**

Dotazníky byly distribuovány jako anonymní a dobrovolné. Anonymita byla zajištěna obálkou, která byla ke každému dotazníku přiložena. Dotazníky byly sebrány do uzavřeného boxu. Box byl označen jménem autora a byl zapečetěn proti otevření. Byl zde pouze otvor velikostí odpovídající obálce, do které respondenti dotazník vkládali. Box byl na oddělení uložen na denní místnosti sester nebo na sesterně.

Výzkumné šetření probíhalo od konce února 2018 do konce června 2018 v Praze v úzké spolupráci se staničními sestrami oddělení. Při předání dotazníků na oddělení vždy proběhla domluva se staniční sestrou oddělení ohledně časového horizontu, po který byly dotazníky na oddělení ponechány. Časový horizont byl závislý na počtu personálu, který splňoval daná kritéria a ve většině případů se pohyboval mezi 10 až 14 dny. Vzhledem k choulostivosti tématu se dalo očekávat, že si mnozí respondenti dotazník odnesou k vyplnění domů, a také tomu tak bylo.

Celkem bylo při výzkumném šetření rozdáno 100 dotazníků. Návratnost dotazníků byla 74 %.

### 3.6 Způsob zpracování dat

Způsob zpracování dat byl tvořen čtyřmi následujícími kroky.

V prvním kroku byla získaná data z dotazníků zpracována v excelovém souboru 2016. V souboru byla vytvořena matice, která obsahovala všechny otázky z dotazníků. Pro snadnější analýzu byl všem kvalitativním odpovědím přiřazen číselný kód (1, 2, ... podle možností odpovědi), který se do matice zadával. U kvantitativních odpovědí zůstala číselná hodnota z dotazníku. Data se do excelového souboru zadávala ručně.

Druhý krok zpracování dat spočíval v třídění prvního stupně. U jednotlivých otázek byly stanoveny absolutní a relativní četnosti. Výsledné četnosti byly zaokrouhleny na jedno desetinné místo. U kvantitativních dat byly poté stanoveny další hodnoty, které byly pro statistické zpracování důležité (maximum, minimum, průměr, medián, modus).

Třetím krokem bylo vytvoření škály vyhoření. Otázky v dotazníku vyhoření se zaměřují na tři oblasti: emoční, kognitivní a fyzickou. Tudíž bylo možné vytvořit celkem čtyři škály. Hodnoty na škále vyhoření byly stanoveny na základě průměru dosažených hodnot (dosažený skóre ve škále vyhoření/počet otázek).

Posledním krokem analýzy dat bylo vyhodnocení hypotéz, které bylo zpracováno porovnáním průměrů ze škály vyhoření a kategorií otázek z dotazníku sexuálních funkcí, které se k daným hypotézám vztahovaly. Data byla pro lepší přehlednost zpracována do sloupcových grafů a box-plotů. Výsledkem je proměnná, se dvěma desetinnými místy.



## 4 Výsledky výzkumu

Tato kapitola se zabývá interpretací dat, získaných během výzkumného šetření.

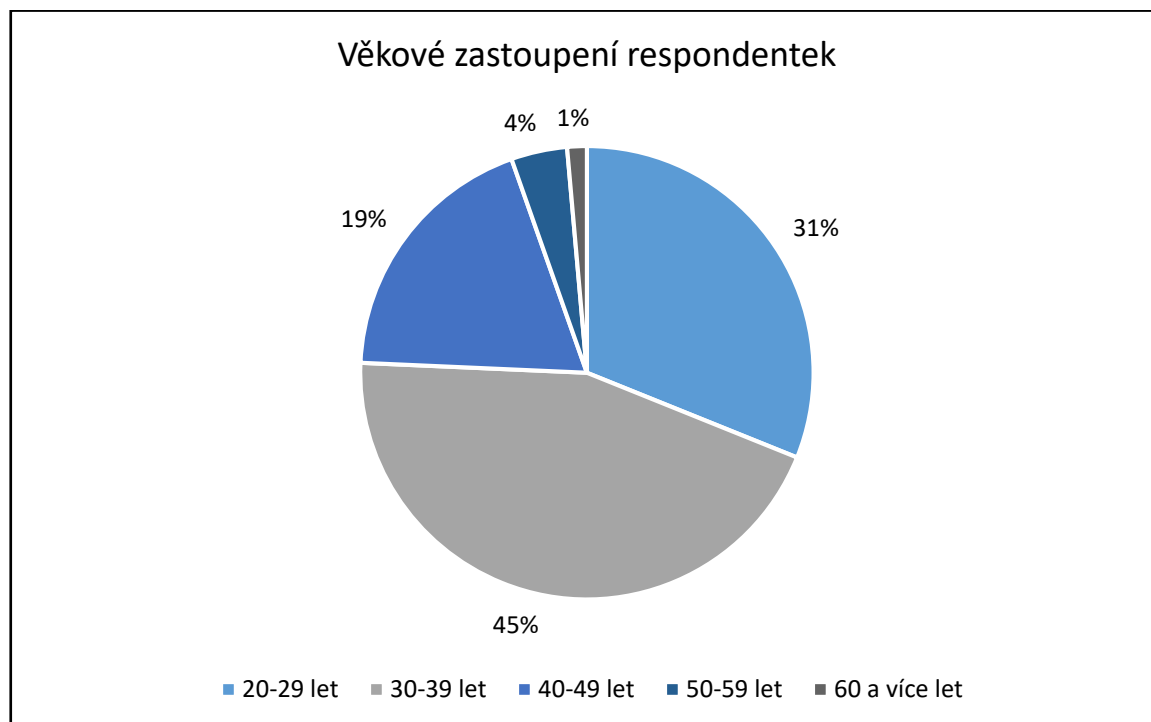
### 4.1 Popis vzorku respondentů

Během výzkumného šetření bylo celkem rozdáno 100 dotazníků a návratnost byla 74 %. Všichni dotazovaní respondenti byli ženského pohlaví.

Průměrný věk zúčastněných respondentek byl 34,5 let. Věkové rozmezí respondentek bylo 23–60 let. Nejpočetnější skupina respondentek byla mezi 30-39 lety, která představovala 45 % respondentek (n=33). Věkové zastoupení respondentek je zobrazeno na grafu 1.

Neodkladná péče bývá většinou doménou mladších ročníků, které však v našem výzkumném vzorku tvoří až druhou nepočetnější skupinu. Důvodem může být nezkušenost, pohodlnost nebo nutnost vyššího vzdělání.

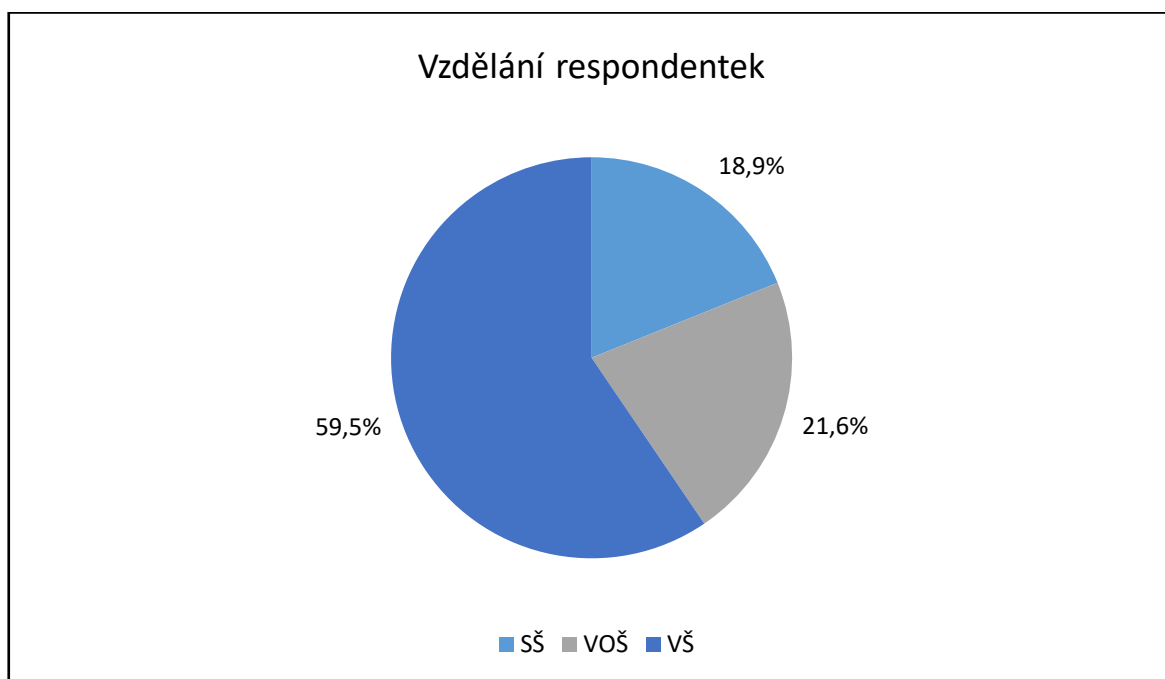
Graf 1 Věkové zastoupení respondentek



Další oblast, která nás v dotazníku zajímala, bylo vzdělání respondentek, které je graficky zobrazeno na grafu 2. Celkem 59,5 % (n=44) respondentek označilo jako své nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské vzdělání (dále VŠ). 21,6 % (n=16) respondentek uvedlo, jako nejvyšší dosažené vzdělání, vzdělání absolutorium na vyšší odborné škole (dále VOŠ) a 18,9 % (n=14) respondentek uvedlo jako nevyšší dosažené vzdělání středoškolské (dále SŠ).

Ve výzkumném vzorku převažují respondenty s vysokoškolským vzděláním. Vzhledem ke změnám v legislativě a k platovým podmínkám k vysokoškolskému vzdělání většina všeobecných sester dříve nebo později dospěje.

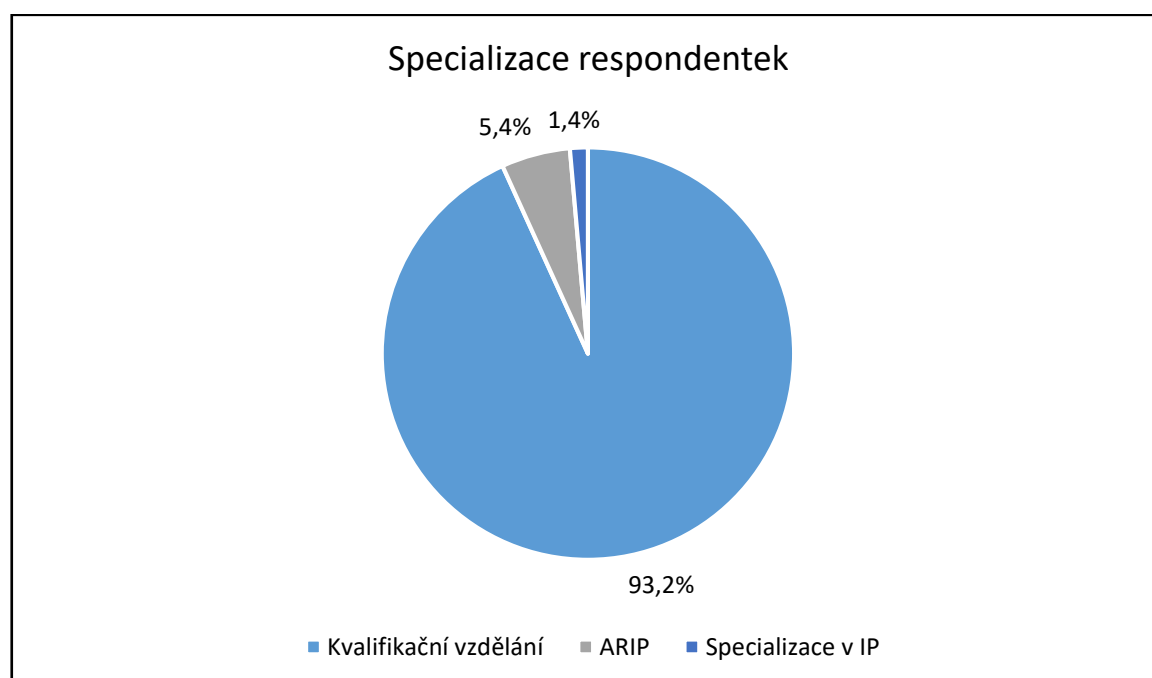
Graf 2 Vzdělání respondentek



K oblasti vzdělání respondentek se vztahovala i další otázka, která se dotazovala na specializační vzdělání a je graficky znázorněna na grafu 3. 93,2 % respondentek (n=69) uvedlo pouze kvalifikační vzdělání. 5,4 % (n=4) respondentek absolvovalo specializaci ARIP a 1,4 % (n=1) respondentek absolvovalo specializační studium v intenzivní péči.

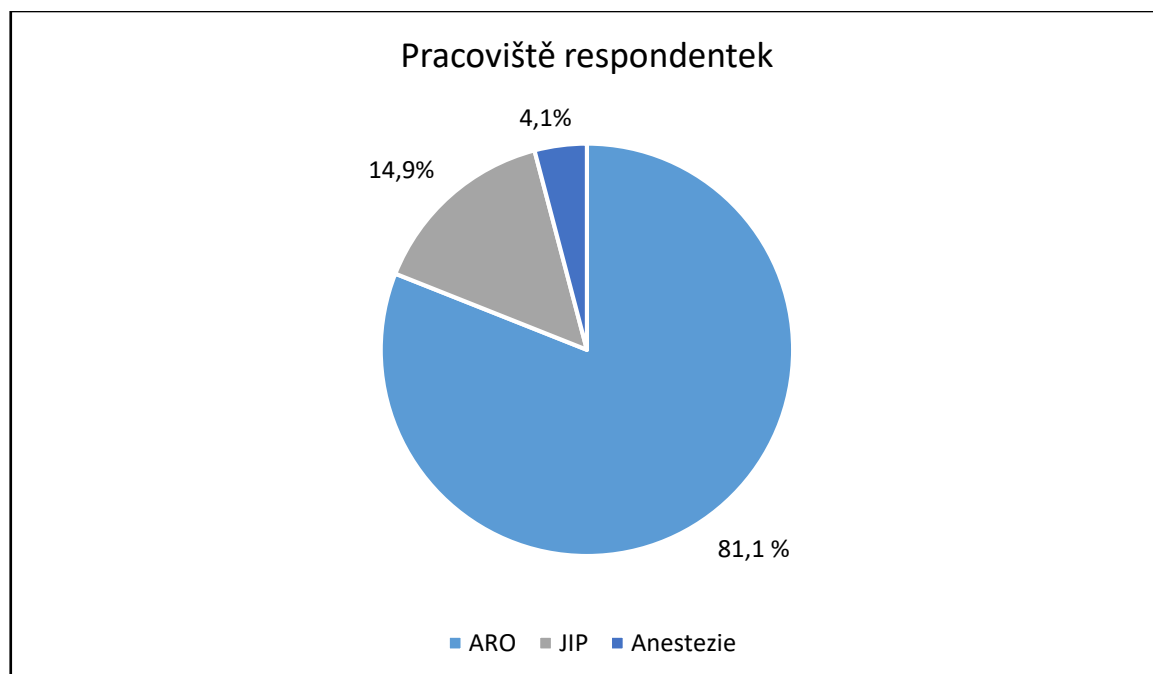
Pro výkon povolání není specializace v intenzivní péči podmínkou, vždy je však přínosem a mnoho všeobecných sester ji volí pro rozšíření svých znalostí a dovedností.

Graf 3 Specializace respondentek



Všechna pracoviště, na kterých výzkumné šetření probíhalo, se přímo vztahují k intenzivní péči. Konkrétně šlo o pracoviště anesteziologické péče, resuscitační oddělení a jednotky intenzivní péče. Největší zastoupení ve výzkumném vzorku měly zdravotní sestry pracující na resuscitačním oddělení (dále ARO), a to 81,1 % (n=60). Dále to byly sestry pracující na jednotkách intenzivní péče (dále JIP), těch se zúčastnilo 14,9 % (n=11) a sestry z pracoviště anestezie, kterých se zúčastnilo 4,1 % (n=3). Zastoupení respondentek z jednotlivých pracovišť je uvedeno na grafu 4.

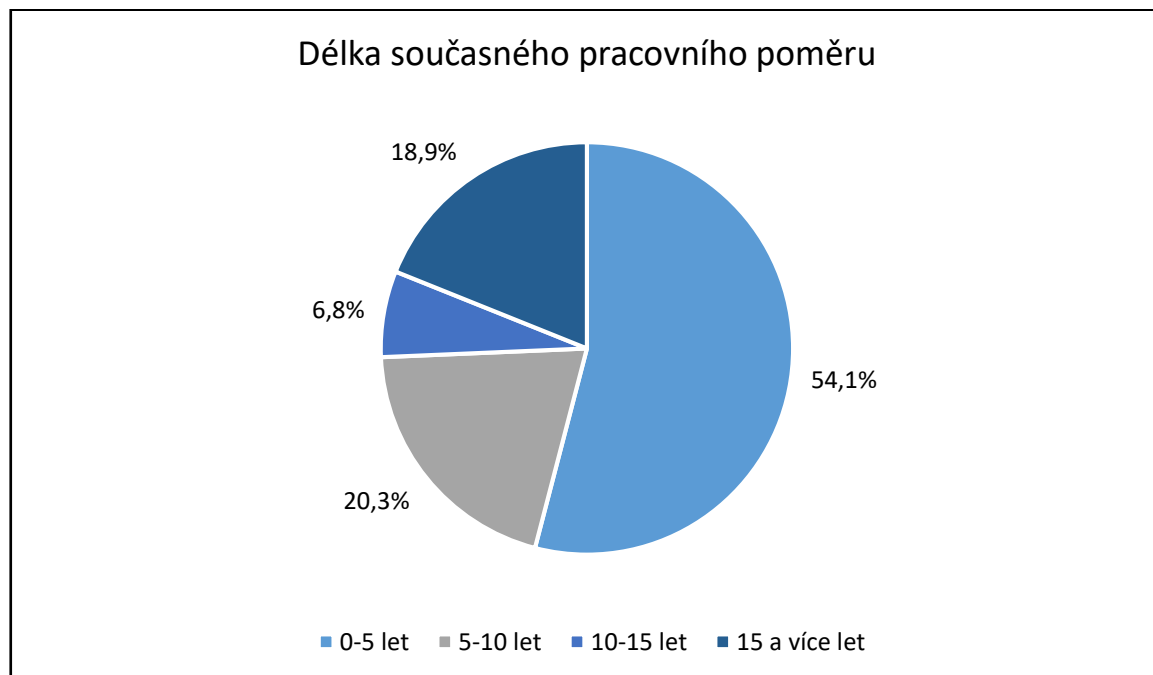
Graf 4 Pracoviště respondentek



Průměrná délka současného pracovního poměru respondentek je 8,2 let. Respondentky uváděly minimální délku současného pracovního poměru od 0,5 roku a maximální délku současného pracovního poměru 28 let. Nejpočetnější skupinu respondentek představují respondentky, jejichž délka současného pracovního poměru je 0-5 let. Tuto skupinu tvoří 54 % respondentek (n=40). V pořadí druhá nejpočetnější skupina respondentek uvedla délku současného pracovního poměru 5-10 let, těchto respondentek je 20,3 % (n=15). Pouze 6,8 % respondentek (n=5) uvedlo délku současného pracovního poměru 10-15 let. Celkem 18,9 % respondentek (n=14) uvedlo délku současného pracovního poměru 15 a více let.

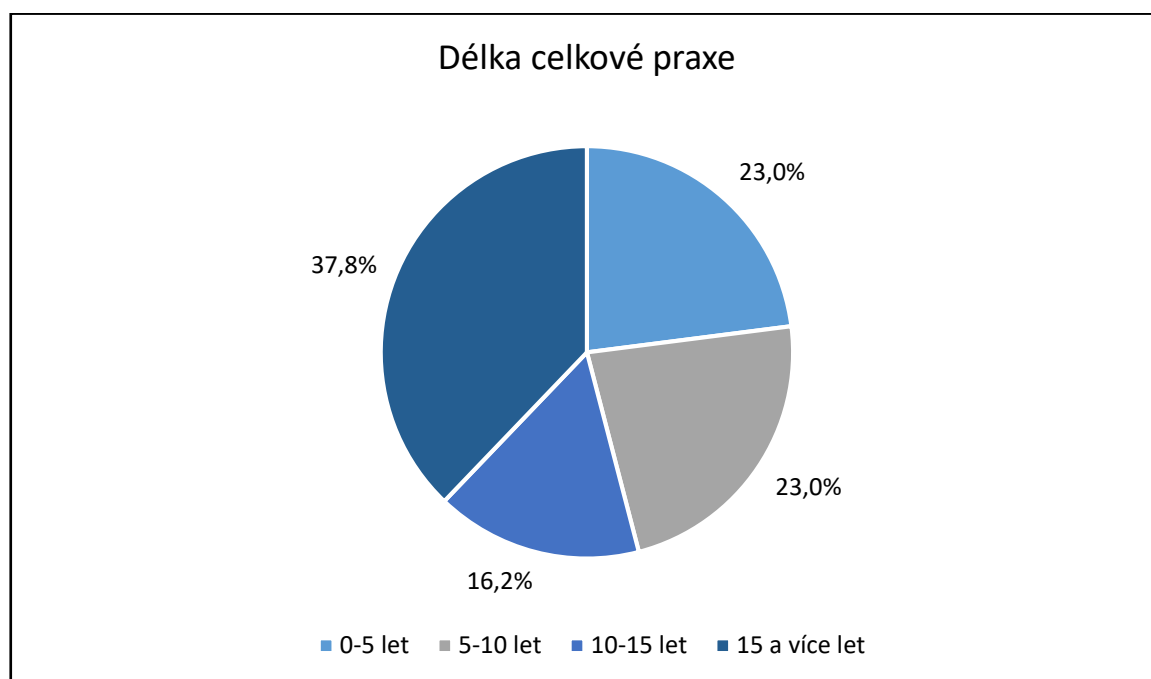
Získaná data ohledně délky současného pracovního poměru jsou znázorněna na grafu 5.

Graf 5 Délka současného pracovního poměru



Průměrná délka celkové praxe v nemocničním zařízení je 13,5 let. Minimální uváděná délka celkové praxe ve výzkumném vzorku byla 1 rok a maximální délka byla 41 let. Respondentky, které uvedly celkovou délku praxe ve zdravotnictví 15 a více let, představují nejpočetnější skupinu. Tuto skupinu tvoří 37,8 % (n=28) respondentek. Všechny skupiny s uvedenou délkou celkové praxe jsou znázorněny na grafu 6.

Graf 6 Délka celkové praxe



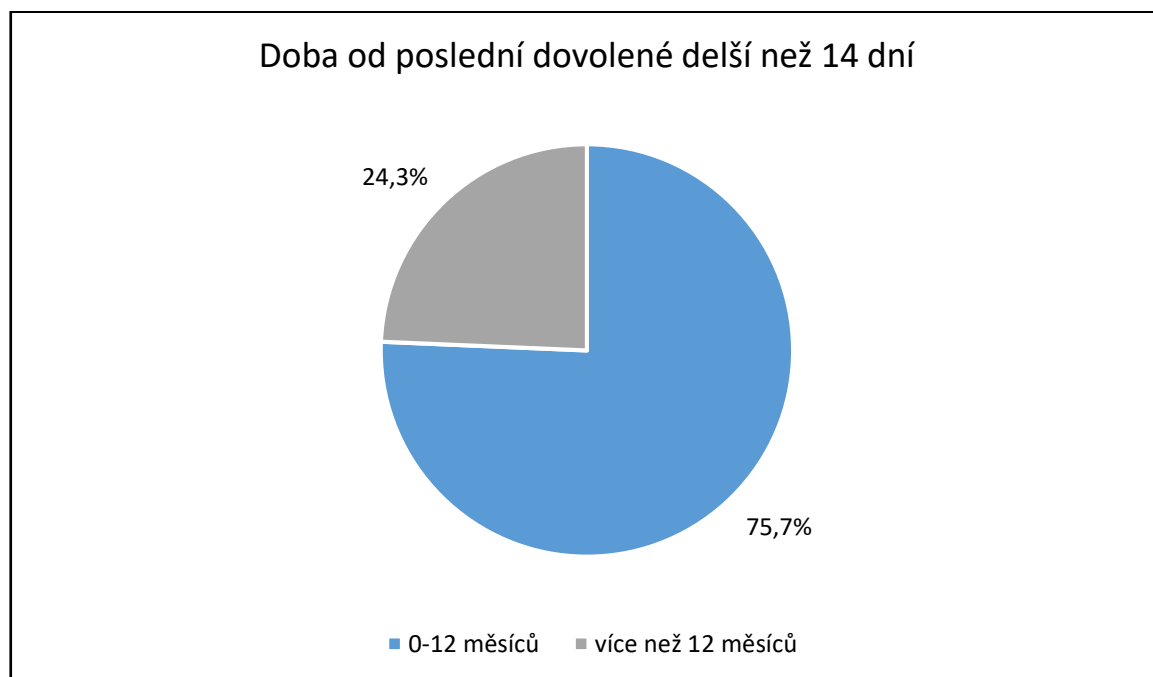
Průměrná týdenní pracovní doba u respondentek byla 45,5 hodin. Rozsah odpovědí byl v této oblasti velký, minimální uvedená hodnota byla 8 hodin a maximální hodnota byla 92 hodin. 92 pracovních hodin týdně představuje dvojnásobek průměrné pracovní doby.

Průměrnou týdenní pracovní dobu 45,5 hodin a méně uvedlo 58,1 % respondentek (n=43). Více než 45,5 hodin průměrně tráví v zaměstnání 41,9 % respondentek (n=31). Vzhledem k maximální uvedené hodnotě některé respondentky tráví týdně v práci až 90 hodin, což představuje vysokou pracovní zátěž, a tyto respondentky mohou být vystaveny vyššímu riziku vzniku syndromu vyhoření.

Respondentky odpovídaly i na dotazy ohledně dovolené. Konkrétně na otázku, před jak dlouhou dobou měly dovolenou delší než 14 dní. Celkem 14,9 % (n=11) respondentek uvedlo, že dovolenou delší než 14 dní neměly během své praxe ve zdravotnictví nikdy. U respondentky, která z nich uvedla nejdelší celkovou praxi ve zdravotnictví to činí 26 let bez dovolené delší než 14 dní, což je velmi znepokojivé a tato doba představuje významnou pracovní zátěž bez adekvátního odpočinku.

75,7 % respondentek (n=56) uvedlo poslední dovolenou delší než 14 dní během posledních 12 měsíců a 24,3 % respondentek (n=18) uvedlo delší dobu než 12 měsíců. Téměř třetina respondentek neměla dovolenou delší než 14 dní více než rok. Tato data jsou znázorněna grafem 7.

Graf 7 Doba od poslední dovolené delší než 14 dní



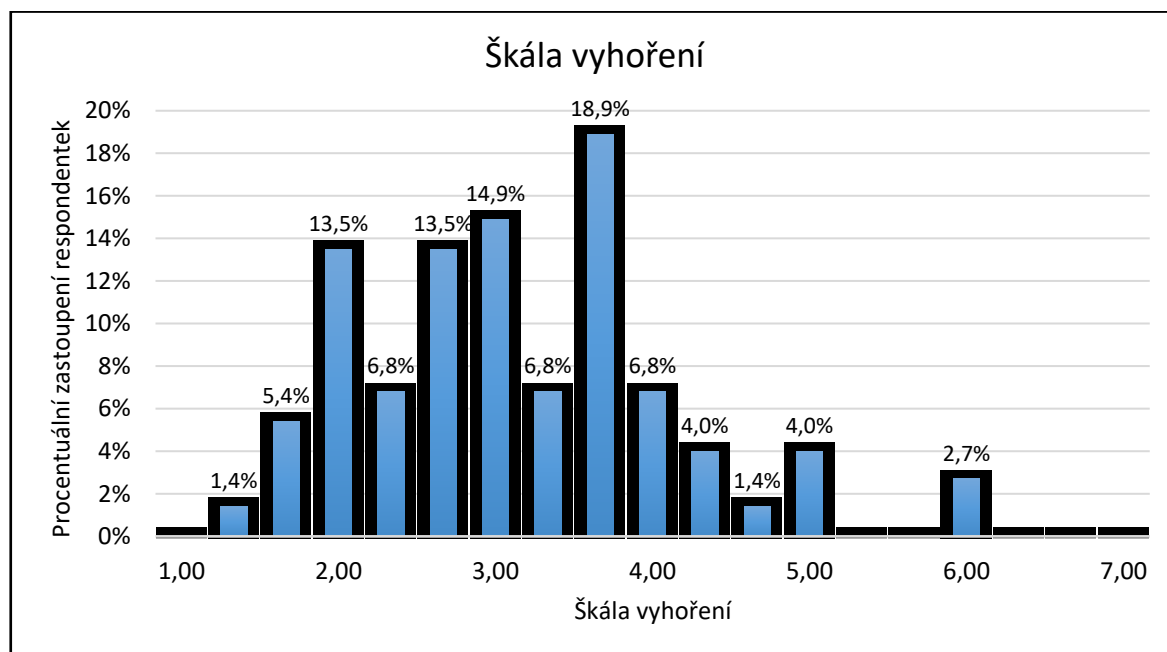
## 4.2 Vyhodnocení dotazníku škála vyhoření (Shirom, Melamed, 2006 In Ptáček, 2013)

Shirom Melamedova škála vyhoření obsahuje 14 otázek, na které respondentky odpovídaly v bodovém rozsahu 1 až 7. Celkové možné bodové skóre se pohybuje v rozmezí od 14 bodů do 98 bodů. Průměrný skóre, který respondenti dosáhli byl 41,9 bodů. Nejnížší dosažená hodnota byla 17 bodů a nejvyšší hodnota byla 84 bodů.

Pro lepší přehlednost byla vytvořena škála vyhoření (graf 8), která byla stanovena na základě průměrů (dosažený skóre ve škále vyhoření/počet otázek). Škála obsahuje stupnici hodnocení od 1 do 7, které jsou zobrazeny pomocí sloupcových grafů. Hodnota 1 znamená žádné vyhoření a hodnota 7 maximální vyhoření. Graf 8 znázorňuje procentuální zastoupení respondentek u jednotlivých dosažených skóre na škále vyhoření.

Průměrný skóre, který na škále vyhoření respondentky dosáhly, byl 2,99, což se pohybuje pod průměrnou hodnotou škály, která činí 3,50. Žádná z respondentek nedosáhla minimálního ani maximálního vyhoření.

Graf 8 Škála vyhoření



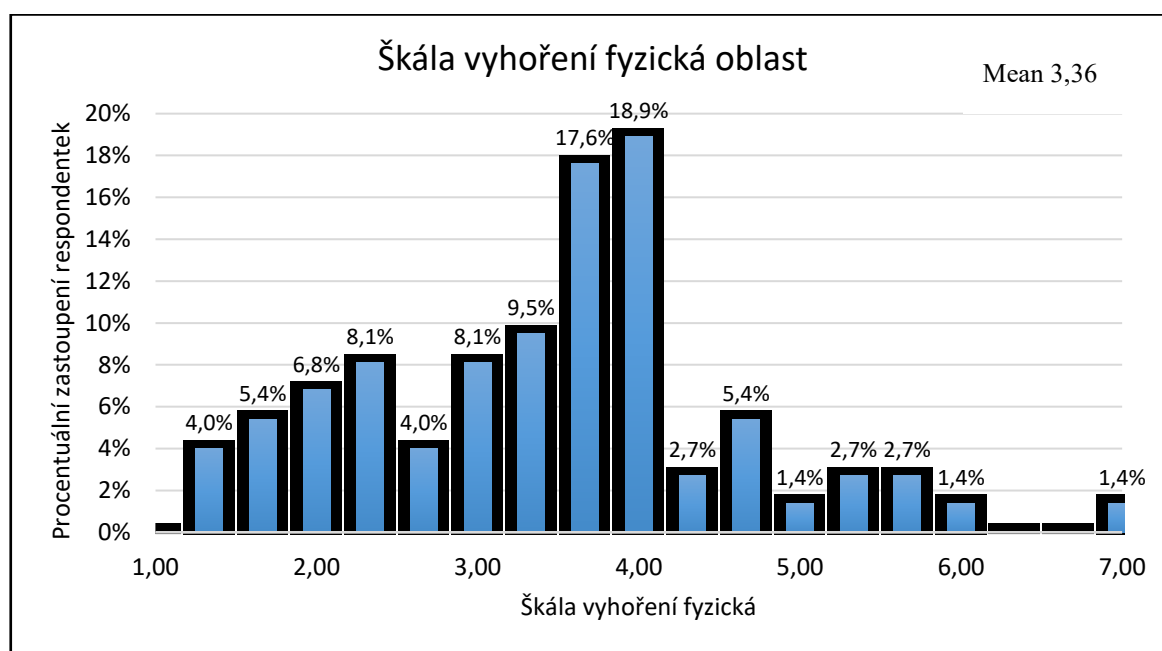
Dále byla škála rozdělena podle zaměření na subškály fyzické (graf 9), kognitivní (graf 10) a emoční (graf 11). Díky tomuto rozdělení je možné zjistit, která oblast je nejvíce



syndromem vyhoření zasažena. V dotazníku vyhoření se k fyzické oblasti vztahují otázky číslo 1-6, ke kognitivní oblasti otázky číslo 7-11 a k emoční oblasti otázky číslo 12-14.

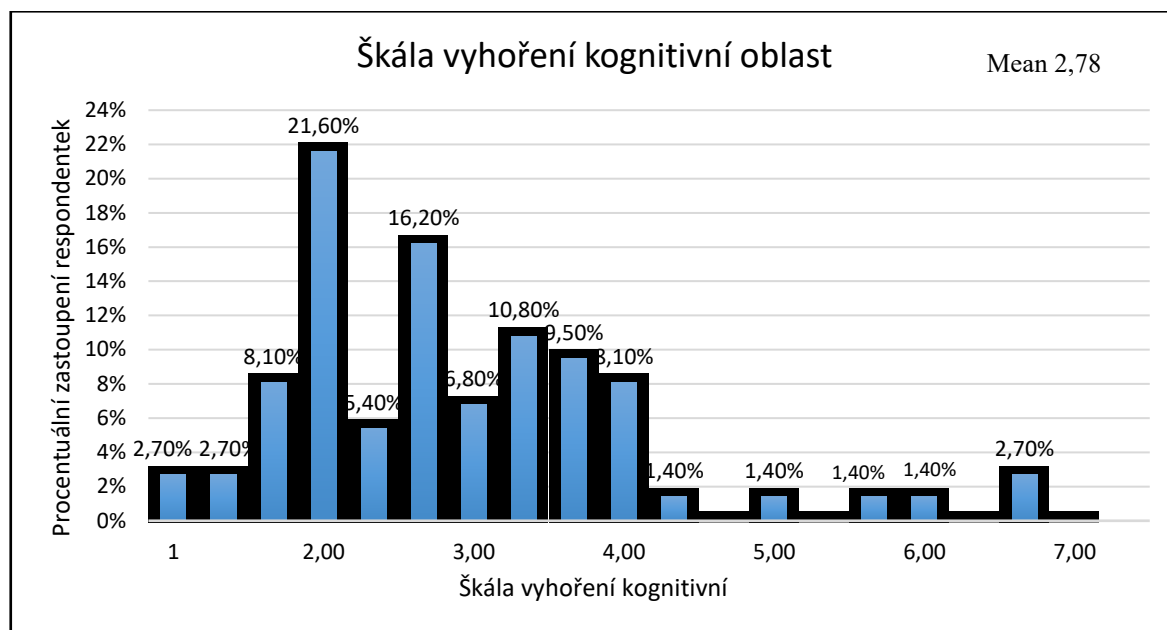
Na škále vyhoření zaměřené na fyzickou oblast dosáhly respondentky průměrné hodnoty 3,36, což je vyšší než u celkové škály vyhoření, kde respondentky dosáhly průměrné hodnoty 2,99. Graf 9 znázorňuje procentuální zastoupení respondentek u jednotlivých dosažených skóre na škále vyhoření ve fyzické oblasti. Ze všech otázek dotazujících se na fyzickou oblast dosáhla nejvyššího skóre otázka dotazující se na únavu (P01 dotazník vyhoření). Průměrný skóre této otázky byl 4,38. Fyzická oblast jedince je tedy rizikem vzniku syndromu vyhoření ovlivněna nejvýznamněji a únava je v problematice syndromu vyhoření velmi důležitým faktorem.

Graf 9 Škála vyhoření fyzická oblast



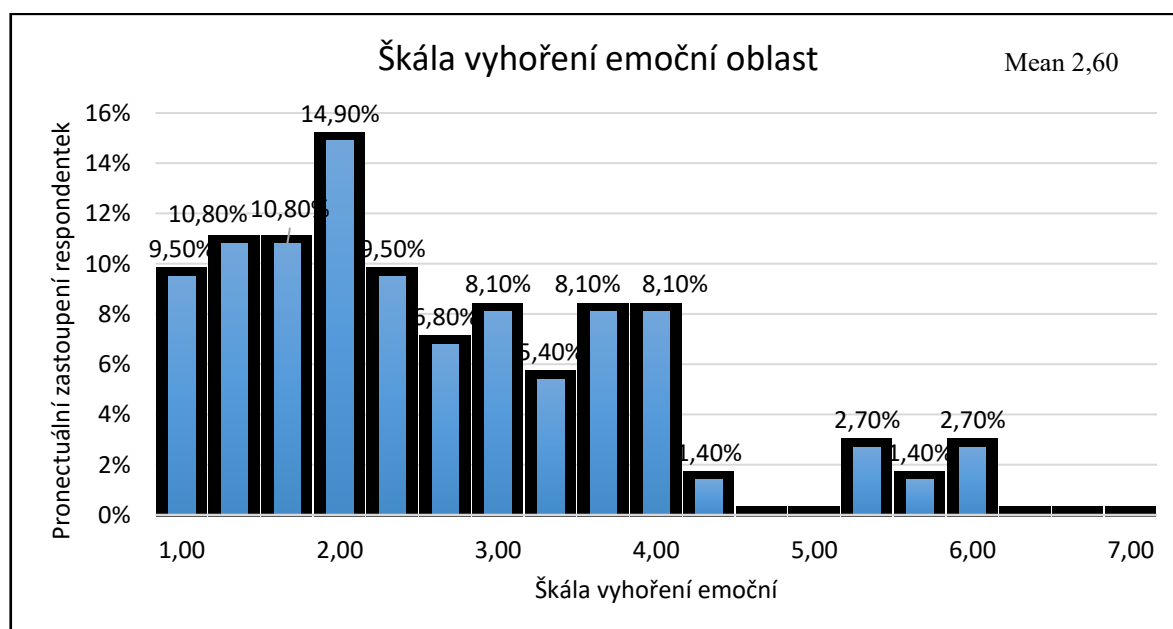
Průměrný dosažený skóre u kognitivní oblasti je 2,78, tato oblast je tedy rizikem vzniku syndromu vyhoření ovlivněna méně než fyzická oblast. Procentuální zastoupení respondentek u jednotlivých dosažených skóre na škále vyhoření v oblasti kognitivní je znázorněno na grafu 10.

Graf 10 Škála vyhoření kognitivní oblast



Průměrný skór, který respondentky dosáhly v emoční oblasti, je 2,60, tuto oblast riziko vzniku syndromu vyhoření ovlivňuje nejméně. Procentuální zastoupení u jednotlivých dosažených skórů na škále vyhoření znázorňuje graf 11.

Graf 11 Škála vyhoření emoční oblast



### 4.3 Vyhodnocení hypotéz

Stanovili jsme si výzkumný cíl a čtyři hypotézy, které se vztahují ke škále syndromu vyhoření a ke konkrétním otázkám v dotazníku sexuálních funkcí.

Posledním krokem analýzy dat bylo vyhodnocení hypotéz, které bylo zpracováno na základě porovnání průměrů ze škály vyhoření a kategorií otázek z dotazníku sexuálních funkcí, které se k daným hypotézám vztahovaly. Data byla pro lepší přehlednost zpracována do sloupových grafů a box-plotů. Výsledkem zpracování je proměnná se dvěma desetinnými místy.

#### 4.3.1 Hypotéza 1

Předpokládáme, že s rozvojem syndromu vyhoření bude klesat u žen pracujících jako všeobecné sestry v neodkladné péči ve fakultních nemocnicích pohlavní touha.

První hypotéza se vztahuje k otázce číslo 2 v dotazníku sexuálních funkcí a naměřeným výsledkům v dotazníku syndromu vyhoření.

#### Otázka 2 Potřeba pohlavního styku

Kdyby záleželo na mé chuti a kdybych k tomu měla vhodné podmínky, vyhovovalo by mi mít pohlavní styk:

- 0 – vůbec nikdy, nebo nejvýše 1x za rok
- 1 – několikrát za rok, nejvýše 1x za měsíc
- 2 – několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden
- 3 – 2x nebo i vícekrát týdně
- 4 – denně nebo i vícekrát za den

Vzhledem k tomu, že odpověď *několikrát za rok, nejvýše 1x za měsíc* zvolily pouze 4 respondentky, sloučila jsem při analýze odpovědi 1 a 2 na výslednou *nejvýše 1x za týden a méně*. Nejčastěji respondentky volily odpověď 3 *2x nebo i vícekrát týdně*. Odpověď *vůbec nikdy, nebo nejvýše 1x za rok* neuvedla žádná z respondentek.

Po sečtení odpovědí vznikly tři kategorie z dotazníku sexuálních funkcí: *nejvýše 1x za týden a méně*, kterou zvolilo 21,6 % respondentek (n=16), *2x nebo i vícekrát týdně*,

kterou uvedlo 62,2 % respondentek (n=46) a *denně nebo i vícekrát za den*, kterou uvedlo 16,2 % respondentek (n=12).

Celková míra vyhoření a míra vyhoření ve třech subškálách (fyzická, emoční a kognitivní) byla porovnána s kategoriemi z dotazníku sexuálních funkcí, které se vztahovaly k otázce týkající se potřeby pohlavního styku. Pro vyhodnocení byly porovnány průměry dosažených hodnot na škále vyhoření. Tato data jsou zobrazena v tabulce 1, Graf 12.

Nejnižšího skóru na škále vyhoření dosáhly respondentky, které v otázce potřeby pohlavního styku zvolily možnost *denně nebo i vícekrát za den*. Dosažený skór byl 2,30. Tyto respondentky dosáhly nejnižších skórů i ve všech subškálách (fyzické, kognitivní a emoční). Tyto výsledky zobrazuje tabulka 1 ve třetím řádku.

Respondentky, které uvedly možnosti *2x nebo i vícekrát týdně a nejvýše 1x za týden a méně*, dosáhly na škále vyhoření téměř stejných výsledků. Dosažený skór byl 3,10 u první možnosti a 3,20 u možnosti druhé. V jednotlivých subškálách (fyzické, kognitivní a emoční) byly dosažené skóry také vyrovnané s nevýznamnými rozdíly. Zajímavost sleduji v rozdílu mezi těmito kategoriemi v oblasti emoční, kdy respondentky, které udávají potřebu pohlavního styku častěji, dosáhly vyššího skóru vyhoření než respondentky, které udávají potřebu pohlavního styku méně často. Rozdíl je však velmi malý.

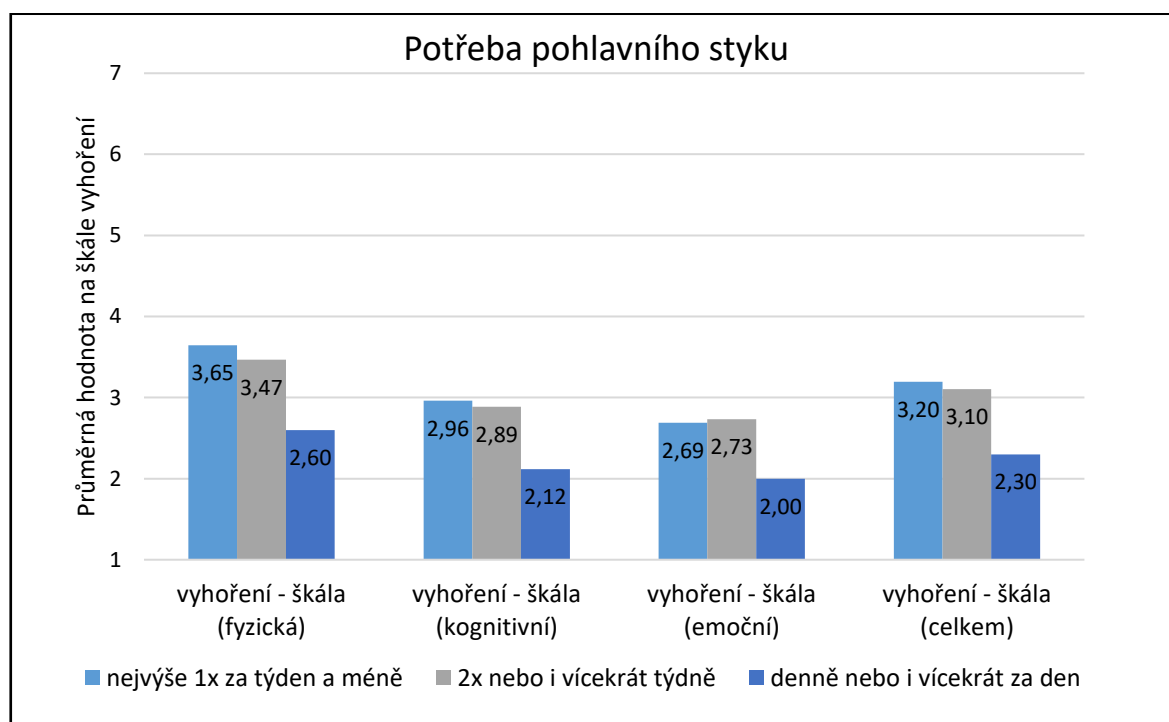
Potřeba pohlavního styku je nejvíce ovlivňována fyzickou oblastí jedince. Respondentky, které pociťují vysokou fyzickou zátěž, mají potřebu pohlavního styku menší. Tyto hodnoty můžeme sledovat v tabulce 1 v prvním sloupci.

Tabulka 1 Potřeba pohlavního styku

Průměrná hodnota na škále vyhoření	Potřeba pohlavního styku	Škála vyhoření fyzická	Škála vyhoření kognitivní	Škála vyhoření emoční	Škála vyhoření celkem
	Nejvýše 1x za týden a méně	3,65	2,96	2,69	3,20
	2x nebo i vícekrát týdně	3,47	2,89	2,73	3,10
	Denně nebo i vícekrát za den	2,60	2,12	2,00	2,30
	Celkem	3,36	2,78	2,60	2,99

Graf 12 znázorňuje graficky dosažené skóry na škále vyhoření, z kterých lze usoudit, že se snižující se potřebou pohlavního styku se zvyšuje dosažený skór na škále vyhoření. Hypotézu podporují výsledky z oblasti celkové, fyzické a kognitivní.

Graf 12 Potřeba pohlavního styku

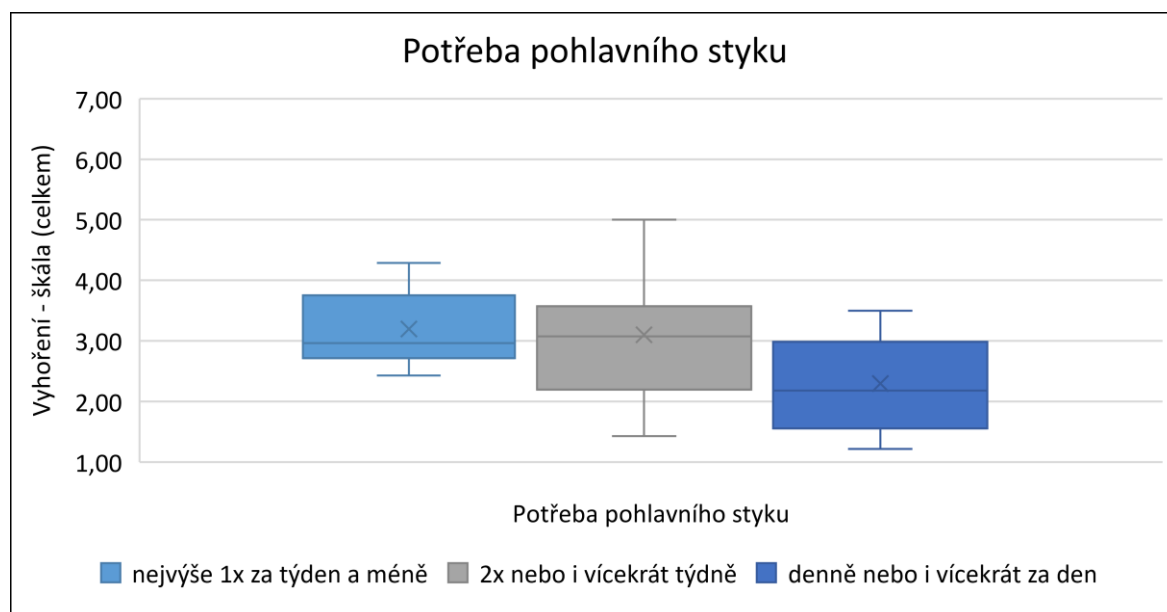


Graf 13 znázorňuje porovnání kategorií z dotazníků sexuálních funkcí na škále vyhoření v krabicovém grafu. U každé kategorie byl stanoven průměr, medián, horní a dolní kvartil, minimum a maximum.

Zajímavé je porovnání mezi kategoriemi *denně nebo i vícekrát za den* a *2x nebo i vícekrát týdně*. Tyto kategorie se výrazně liší v dosažené průměrné hodnotě, ale jejich minimální hodnoty jsou si velmi blízké. U těchto dvou kategorií dále můžeme sledovat vyrovnané hodnoty mezi dolním kvantilem a průměrem a horním kvantilem a průměrem. Dá se tedy říci, že 25 % respondentek, které udávají menší potřebu pohlavního styku, dosáhlo stejného skóru jako 50 % respondentek, které pohlavní styk potřebují častěji. A 50 % respondentek, které udávají menší potřebu pohlavního styku, dosáhlo stejného skóru jako 75 % respondentek, které pohlavní styk potřebují častěji.

Maximální skór, který na škále vyhoření dosáhly respondentky s největší potřebou pohlavního styku, je totožný se skórem, který dosáhlo 75 % respondentek, které mají střední potřebu pohlavního styku. Respondentky se střední potřebou pohlavního styku dosáhly nejvyšší maximální hodnoty na škále vyhoření v této oblasti, a to skóru 5,00. Dosáhly dokonce vyššího maximálního skóru než skupina respondentek, která udává nejnižší potřebu pohlavního styku.

Graf 13 Boxplot Potřeba pohlavního styku



Hypotéza 1 je **potvrzena** se zvyšujícím se dosaženým skórem na škále vyhoření, se snižuje pohlavní touha. Graf 12 znázorňuje graficky dosažené skóry na škále vyhoření a hypotézu 1 podporují výsledky z oblasti celkové, fyzické a kognitivní.

#### 4.3.2 Hypotéza 2

Předpokládáme, že s rozvojem syndromu vyhoření bude klesat u respondentek pracujících jako všeobecná sestra v neodkladné péči ve fakultních nemocnicích hodnocení sebe jako sexuální partnerky.

Druhá hypotéza se vztahuje k otázce 13 v dotazníku sexuálních funkcí a naměřeným výsledkům v dotazníku syndromu vyhoření.

##### Otázka 13 Hodnocení sebe jako sexuální partnerky

- 0 – připadám si nenormální, úplně chladná, neschopná
- 1 – připadám si málo schopná, chladnější
- 2 – nejsem si zcela jista, že jsem v pořádku
- 3 – jsem v pořádku
- 4 – jsem výborná milenka, umím to s muži, dovedu je, kam chci

Respondentek, které zvolily v dotazníku odpovědi *připadám si nenormální, úplně chladná, neschopná/ připadám si málo schopná, chladnější/ nejsem si zcela jista, že jsem v pořádku* bylo celkem 8,1 % (n=6), proto jsem je sloučila do jedné skupiny s názvem *necítím se v pořádku*. Odpověď *jsem v pořádku* zvolilo 71,6 % respondentek (n=53) a odpověď *jsem výborná milenka* zvolilo 20,3 % respondentek (n=15). Celkem 91,9 % respondentek hodnotí sebe jako sexuální partnerku pozitivně a cítí se být v pořádku.

V tabulce 2 jsou uvedeny dosažené průměrné skóry na škále vyhoření u jednotlivých kategorií z dotazníku sexuálních funkcí. U kategorií, které zvolily respondentky, jejichž hodnocení sebe sama jako sexuální partnerky je pozitivní, bylo ve všech oblastech (celková, fyzická, kognitivní a emoční) dosaženo výsledků s velmi malými rozdíly. Celkové hodnocení můžeme sledovat v tabulce 2 ve čtvrtém sloupci.

Kategorie respondentek, které se v hodnocení sebe sama jako sexuální partnerky vyjádřily, že se necítí být v pořádku, dosáhla ve všech oblastech (celková, fyzická, kognitivní a emoční) nejvyššího skóru. V celkové, fyzické a kognitivní oblasti dosáhly respondentky

dokonce skóru vyššího, než je průměr stupnice vyhoření. Průměr stupnice vyhoření je 3,50 a ten jako jediná oblast nepřekonala v dané kategorii respondentek oblast emoční. Tyto dosažené výsledky jsou zobrazeny v tabulce 2 v prvním řádku.

Nejvyšších skóre na škále vyhoření bylo dosaženo v oblasti fyzické, stejně jako u předchozí hypotézy (znázorněno v tabulce 2 první sloupec). U respondentek, které se necítí být v pořádku, byl dosažený skóre ve fyzické oblasti nejvyšší, a to 4,00. Největší diference byla zaznamenána v oblasti kognitivní, kdy rozdíl mezi kategoriemi necítím se být v pořádku a jsem výborná milénka byl 1,31.

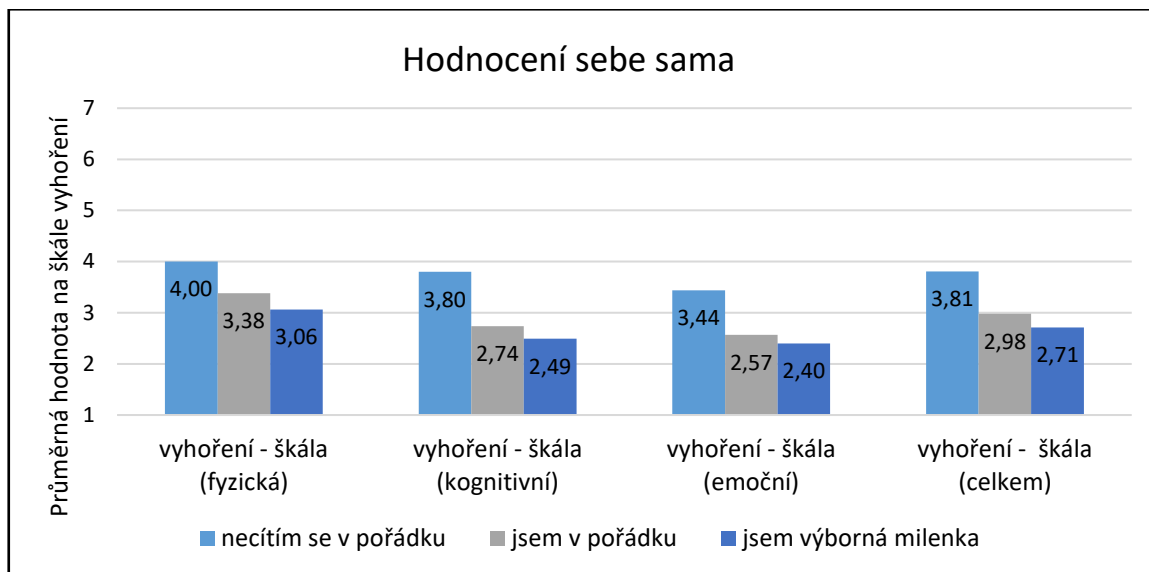
Tabulka 2 Hodnocení sebe sama jako sexuální partnerky

Průměrná hodnota na škále vyhoření	Hodnocení sebe jako sexuální partnerky	Škála vyhoření fyzická	Škála vyhoření kognitivní	Škála vyhoření emoční	Škála vyhoření celkem
	Necítím se v pořádku	4,00	3,80	3,44	3,81
	Jsem v pořádku	3,38	2,74	2,57	2,98
	Jsem výborná milénka	3,06	2,49	2,40	2,71
	Celkem	3,36	2,78	2,60	2,99

Graf 14 graficky znázorňuje dosažené skóre na škále vyhoření ve všech oblastech v otázce hodnocení sebe sama jako sexuální partnerky. Z grafu 14 vyplývá, že se zhoršujícím se hodnocením sebe sama jako sexuální partnerky dochází k vzestupu skóre na škále vyhoření. Toto tvrzení bylo podpořeno výsledky ve všech zkoumaných oblastech.



Graf 14 Hodnocení sebe sama jako sexuální partnerky

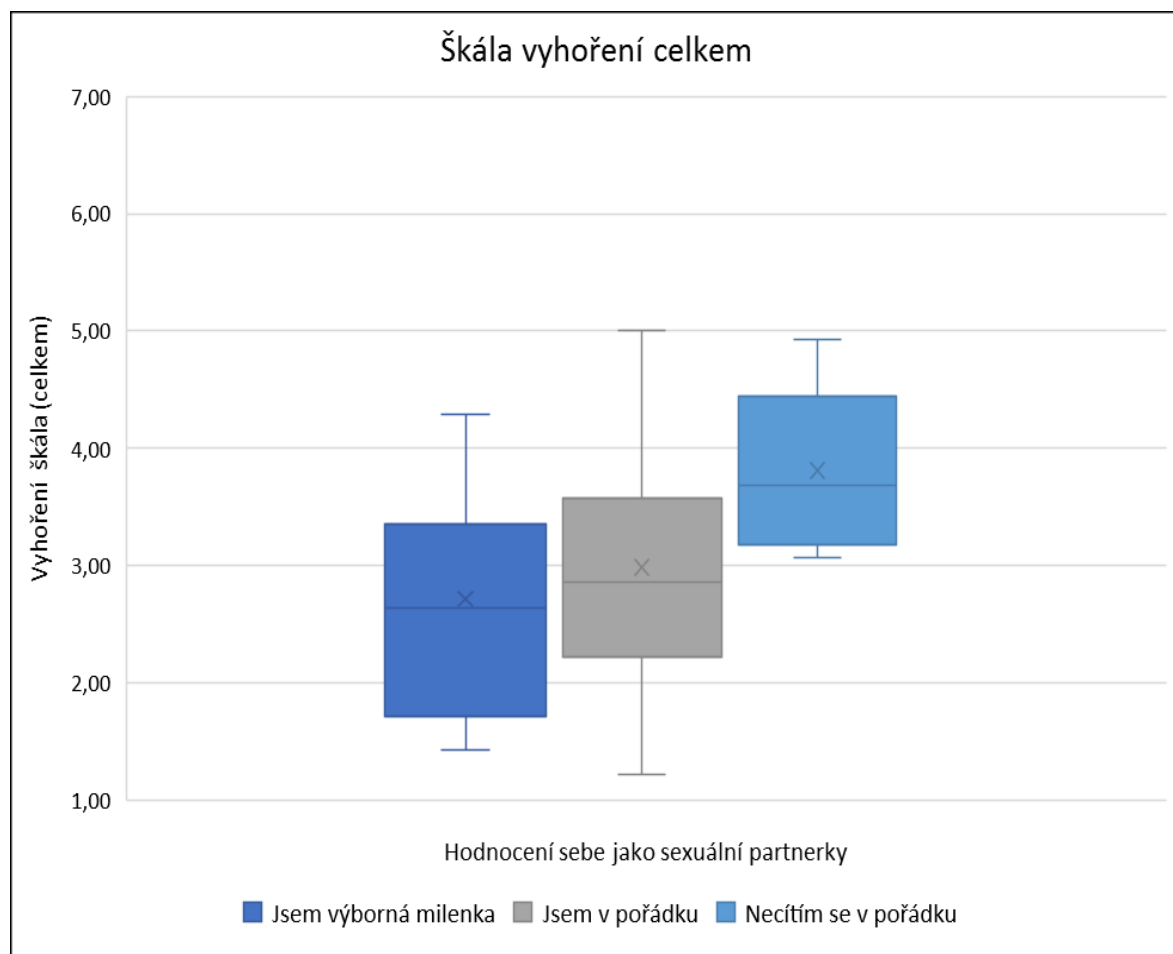


Graf 15 znázorňuje porovnání kategorií z dotazníků sexuálních funkcí na škále vyhoření v krabicovém grafu. U každé kategorie byl stanoven průměr, medián, horní a dolní kvartil, minimum a maximum.

Graf znázorňuje významný rozdíl mezi kategorií *necítím se být v pořádku* a dalšími kategoriemi, a to téměř ve všech měřených hodnotách. Jediná hodnota, která u kategorie *necítím se být v pořádku* nebyla nejvyšší, je hodnota maxima. Vyšší maximální hodnotu dosáhla kategorie *jsem v pořádku*, což je překvapivé. Maximální hodnota této kategorie byla 5,00, což je zatím nejvyšší dosažený skóre na škále vyhoření.

Nutno však říci, že kategorie *jsem v pořádku* má ze všech tří kategorií největší rozsah a má také nejnižší hodnotu minima. I přes tyto odchylky můžeme sledovat narůstající skóre vyhoření s horším hodnocením sebe sama jako sexuální partnerky.

Graf 15 Boxplot Hodnocení sebe jako sexuální partnerky



Hypotéza 2 je **potvrzena**. Podle zjištěných průměrů s rozvojem syndromu vyhoření klesá hodnocení sebe sama jako sexuální partnerky. Hypotézu podporují výsledky ze všech hodnocených oblastí (celková, fyzická, kognitivní, emoční).

### 4.3.3 Hypotéza 3

Předpokládáme, že u respondentek pracujících jako všeobecná sestra v neodkladné péči ve fakultních nemocnicích, u kterých se projeví vyšší skóre v testu syndromu vyhoření, bude klesat četnost uskutečněných pohlavních styků.

Tato hypotéza se vztahuje k otázce číslo 4 z dotazníku sexuálních funkcí a naměřeným výsledkům v dotazníku syndromu vyhoření.

#### Otázka 4 Četnost pohlavních styků

K pohlavnímu styku s partnerem u mne dochází:

- 0 – vůbec nikdy nebo méně než 1x za rok
- 1 – několikrát za rok, nejvýše 1x za měsíc
- 2 – několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden
- 3 – 2x nebo i vícekrát týdně
- 4 – denně nebo i vícekrát za den

Možnosti *vůbec nikdy nebo méně než 1x za rok a několikrát za rok, nejvýše 1x za měsíc* zvolilo celkem 13,6 % respondentek (n=10). Pro lepší přehlednost byly tyto dvě možnosti sloučeny do jedné kategorie, která byla nazvána *nejvýše 1x za měsíc*. Kategorii *několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden* zvolilo 41,9 % respondentek (n=31). A kategorii *2x nebo i vícekrát týdně* zvolilo 44,5 % respondentek (n=33). Možnost *denně nebo i vícekrát za den* nezvolila žádná respondentka.

Tabulka č. 3 uvádí průměry dosažených skóre na škále vyhoření, které se vztahují k otázce četnosti uskutečněných pohlavních styků. Respondentky dosáhly ve všech zkoumaných oblastech velmi vyrovnaných výsledků.

Dosažené výsledky se pohybují v celkovém rozmezí od 2,50 do 3,38. V emoční a kognitivní oblasti bylo dosaženo skóre do 3,00. V oblasti fyzické je mírná odchylka, stejně jako u dvou předchozích hypotéz a bylo dosaženo skóre nad 3,00. Dosažené skóre v oblasti fyzické jsou uvedeny v tabulce č. 3 v prvním sloupci. Z výsledků vyplývá, že respondentky dosahují nejvyššího skóre vyhoření v oblasti fyzické, což může ovlivňovat i frekvenci pohlavního styku.

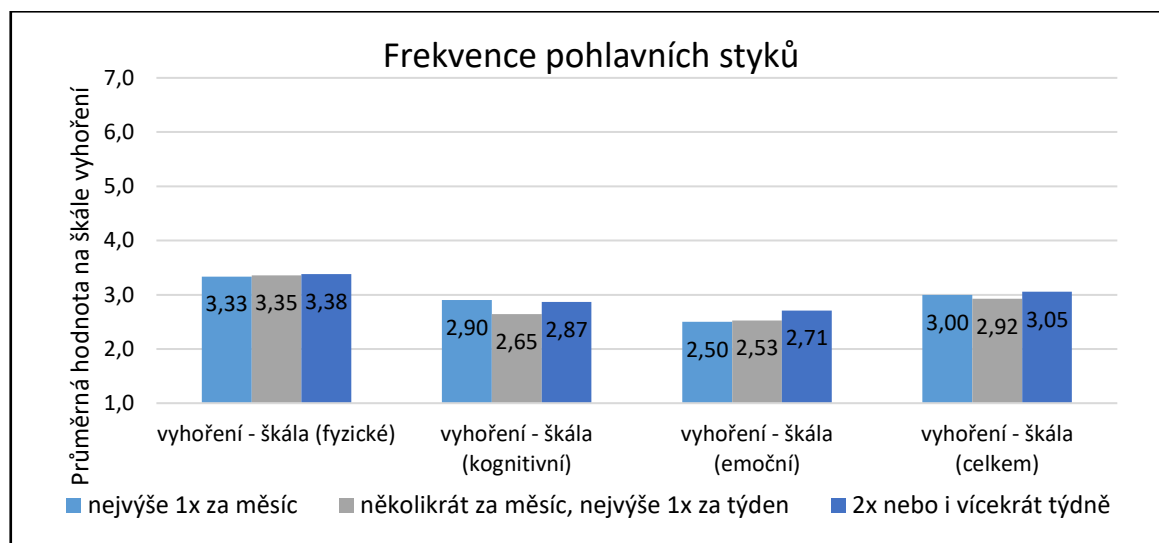
Tabulka 3 Frekvence pohlavních styků

Průměrná hodnota na škále vyhoření	Frekvence pohlavních styků	Škála vyhoření fyzické	Škála vyhoření kognitivní	Škála vyhoření emoční	Škála vyhoření celkem
	Nejvýše 1x za měsíc	3,33	2,90	2,50	3,00
	Několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden	3,35	2,65	2,53	2,92
	2x nebo i vícekrát týdně	3,38	2,87	2,71	3,05
	Celkem	3,36	2,78	2,60	2,99

Graf 16 znázorňuje dosažené skóry v otázce frekvence pohlavního styku na škále vyhoření graficky. V oblasti fyzické bylo dosaženo nejvyšších skóre na škále vyhoření, ale můžeme zde sledovat i opačnou tendenci, než jsme v hypotéze předpokládali. A to, že čím více jsou sestry unavené, tím častěji vyžadují pohlavní styk. Tuto tendenci můžeme sledovat i v oblasti emoční. Čím vyššího skóre na škále vyhoření respondentky dosáhly, tím častěji vyžadují pohlavní styk.

Zajímavé je grafické znázornění dosažených skóre v oblasti kognitivní a celkové, kdy můžeme sledovat nejnižší dosažený skóre u kategorie, u které dochází k pohlavnímu styku středně často oproti ostatním kategoriím.

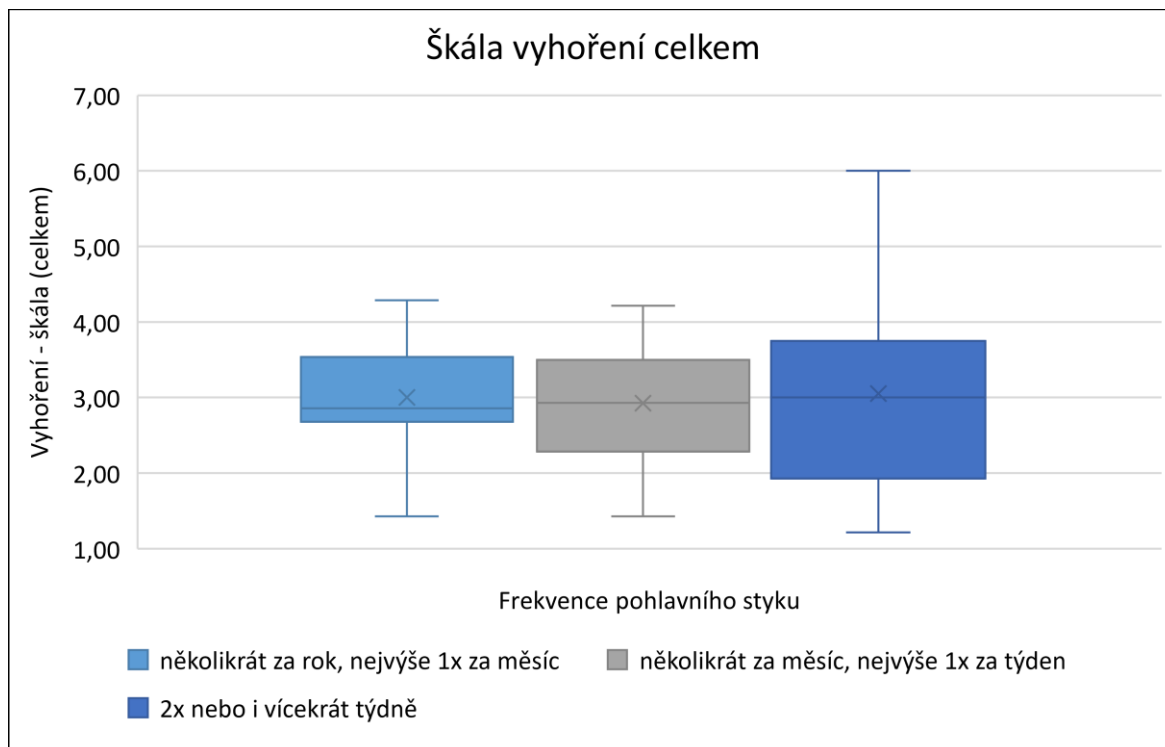
Graf 16 Frekvence pohlavních styků



Graf 17 znázorňuje porovnání kategorií z dotazníků sexuálních funkcí na škále vyhoření v krabicovém grafu. U každé kategorie byl stanoven průměr, medián, horní a dolní kvartil, minimum a maximum.

U všech kategorií bylo dosaženo téměř totožných průměrů, mediánů i minimálních hodnot. U kategorií, kde respondentky vyžadují menší četnost pohlavních styků, bylo dosaženo i téměř totožných maximálních hodnot a horních kvartilů. U kategorie, kde respondentky vyžadují nejvyšší četnost pohlavních styků, bylo dosaženo nejvyšší maximální hodnoty v celé oblasti, a to skóru 6,00, která předčil i maximální hodnotu u předchozí hypotézy. Tato kategorie dosáhla největšího rozsahu v oblasti otázky četnosti pohlavních styků.

Graf 17 Boxplot Frekvence pohlavních styků



Hypotéza 3 **není potvrzena**. Výsledky všech kategorií jsou příliš vyrovnané a nemohou hypotézu podpořit. Respondentky mají rozdílnou potřebu pohlavního styku, ale dosažený skóre syndromu vyhoření je vyrovnaný. Ve fyzické a emoční oblasti můžeme sledovat opačnou tendenci, čím vyššího skóre vyhoření respondentky dosáhly, tím se zvyšuje i frekvence pohlavních styků.

#### 4.3.4 Hypotéza 4

Předpokládáme, že u všeobecných sester pracujících v neodkladné péči ve fakultních nemocnicích, které dosáhnou vyššího skóru v testu syndromu vyhoření, se projeví zhoršená nálada před a po pohlavním styku.

Poslední hypotéza se vztahuje k otázkám 11 a 12 v dotazníku sexuálních funkcí a naměřeným výsledkům v dotazníku syndromu vyhoření.

#### Otázka 11 Nálada před pohlavním stykem

Před pohlavním stykem cítím:

- 0 – nechut', strach nebo odpor, snažím se mu raději vyhnout
- 1 – lhostejnost, nikdy zvlášť o styk nestojím
- 2 – někdy mám i náladu i chuť, ale iniciativu neprojevuji
- 3 – většinou se na styk těším, dovedu dát sama i podnět
- 4 – na styk se stále velmi těším, vyhledávám ho, musím ho mít i za nepříznivých podmínek

Pro přehlednější hodnocení, zda je nálada před pohlavním stykem lepší nebo horší, byly odpovědi sloučené do dvou kategorií. Odpovědi *lhostejnost, nijak zvlášť o styk nestojím* a *někdy mám i náladu i chuť, ale iniciativu neprojevuji* představují kategorii horší nálada před pohlavním stykem. Tuto odpověď zvolilo 20,3 % respondentek (n=15). Odpovědi *většinou se na styk těším, dovedu dát sama i podnět*, kterou uvedlo 67,5 % respondentek (n=50) a *na styk se stále velmi těším, vyhledávám ho, musím ho mít i za nepříznivých podmínek*, kterou uvedlo 12,2 % respondentek (n=9), představují kategorii lepší nálada před pohlavním stykem. Odpověď *nechut', strach nebo odpor, snažím se mu raději vyhnout* neuvedla žádná z respondentek.

Z dosažených výsledků vyplývá, že respondentky, které dosahovaly vyššího skóru na škále vyhoření, mají před pohlavním stykem horší náladu. V celkovém hodnocení dosáhly respondentky, které mají před pohlavním stykem horší náladu skóru 3,46 na škále vyhoření. Respondentky, které mají před pohlavním stykem lepší náladu, dosáhly skóru 2,87 na škále vyhoření. Tato data jsou uvedena v tabulce č. 4 ve čtvrtém sloupci.

Nejvyššího skóru na škále vyhoření respondentky dosáhly opět v oblasti fyzické, stejně jako u předchozích hypotéz. Dosažený skór v oblasti fyzické byl 3,36. Respondentky, které

mají před pohlavním stykem horší náladu dosáhly skóru vyššího, než je průměrný skór celé škály vyhoření, a to 3,92.

Nejméně je syndromem vyhoření ovlivněna oblast emoční, kde byl celkový dosažený skór 2,60. Respondentky s horší náladou před pohlavním stykem v emoční oblasti nepřesáhly skóru 3,00.

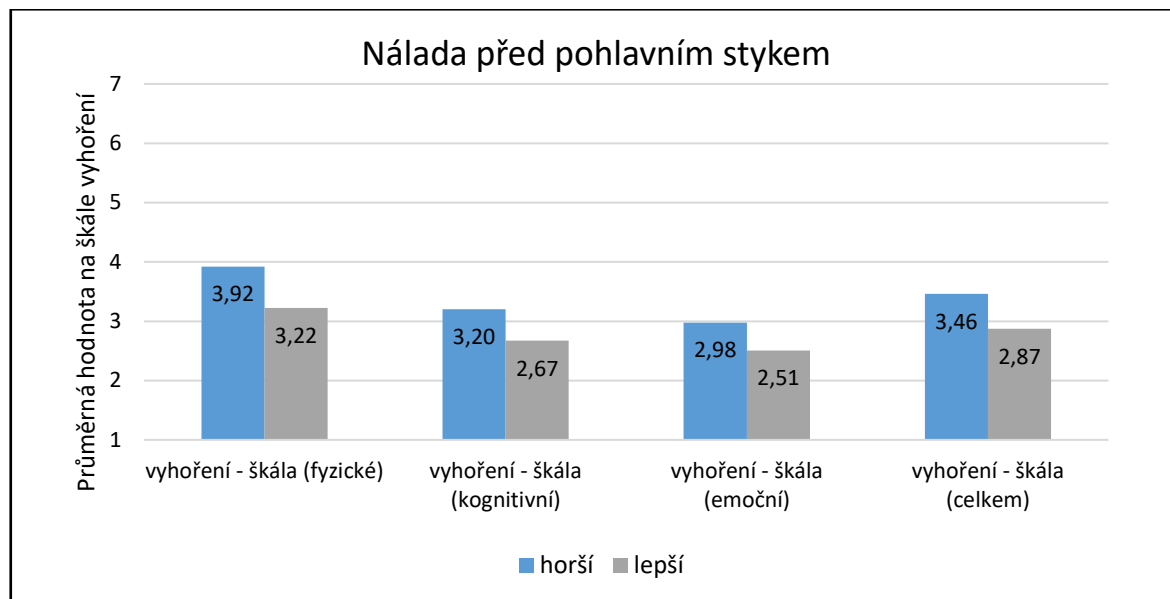
Tabulka 4 Nálada před pohlavním stykem

Průměrná hodnota na škále vyhoření	Nálada před pohlavním stykem	Škála vyhoření fyzické	Škála vyhoření kognitivní	Škála vyhoření emoční	Škála vyhoření celkem
	Horší nálada	3,92	3,20	2,98	3,46
	Lepší nálada	3,22	2,67	2,51	2,87
	Celkem	3,36	2,78	2,60	2,99

Data z tabulky 4 jsou graficky znázorněna na grafu 18. Můžeme zde sledovat, že ve všech hodnocených oblastech dosáhly respondentky s horší náladou před pohlavním stykem vyšších skórů na škále vyhoření než respondentky s lepší náladou. Ve fyzické oblasti na škále syndromu vyhoření můžeme sledovat vyšší dosažené skóry jako u předchozích hypotéz.



Graf 18 Nálada před pohlavním stykem

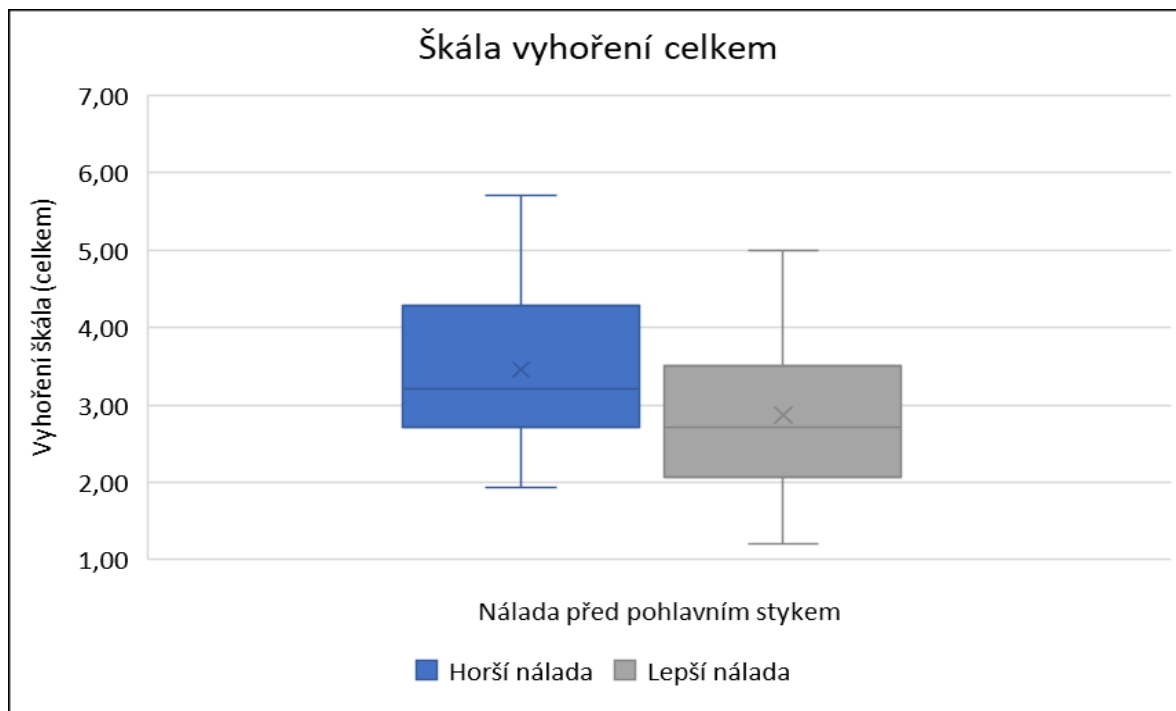


Graf 19 znázorňuje porovnání kategorií z dotazníků sexuálních funkcí na škále vyhoření v krabicovém grafu. U každé kategorie byl stanoven průměr, medián, horní a dolní kvartil, minimum a maximum.

Na základě boxplotu lze posoudit, že všechny naměřené hodnoty dosahují vyšších skóre na škále vyhoření u kategorie respondentek, které mají před pohlavním stykem horší náladu. Rozsah kategorií je však velmi podobný.

50 % respondentek, které mají před pohlavním stykem lepší náladu dosáhlo stejného skóre na škále vyhoření jako 25 % respondentek, které mají před pohlavím stykem horší náladu.

Graf 19 Boxplot Nálada před pohlavním stykem



### Otázka 12 Nálada po pohlavním styku

Po pohlavním styku (ev. po nepodařené souloži) mi nejčastěji bývá:

- 0 – velmi špatně, mám bolesti, nervové potíže, zlost na partnera
- 1 – cítím lhostejnost, jsem bez obtíží, dobře usínám
- 2 – cekem dobře, někdy pocit, že ještě něco chybí, touha pokračovat
- 3 – cítím se dobře, uspokojena, příjemně unavena
- 4 – velmi dobře, cítím silné uspokojení a štěstí, jsem veselá, mám větší chuť do práce

U otázky dotazující se na náladu po pohlavním styku bylo nutné pro lepší přehlednost kategorie také sloučit. Odpověď *velmi špatně, mám bolesti, nervové potíže, zlost na partnera* nezvolila žádná respondentka. Odpovědi *cítím lhostejnost, jsem bez obtíží, dobře usínám* a *celkem dobře, někdy pocit, že ještě něco chybí, touha pokračovat* představují kategorii horší nálada. Horší náladu uvedlo 17,6 % respondentek (n=13). Odpovědi *cítím se dobře, uspokojena, příjemně unavena* a *velmi dobře, cítím silné uspokojení a štěstí, jsem veselá, mám větší chuť do práce* představují kategorii lepší nálada. Lepší náladu uvedlo 82,4 % respondentek (n=61).

Tabulka 5 uvádí dosažené skóry v jednotlivých kategoriích, které se vztahují k náladě po pohlavním styku. V celkovém hodnocení dosáhly respondentky, které mají po pohlavním styku horší náladu skóru 3,14 a respondentky, které mají po pohlavním styku lepší náladu skóru 2,96. Tyto naměřené hodnoty uvádí tabulka 5 čtvrtý sloupec.

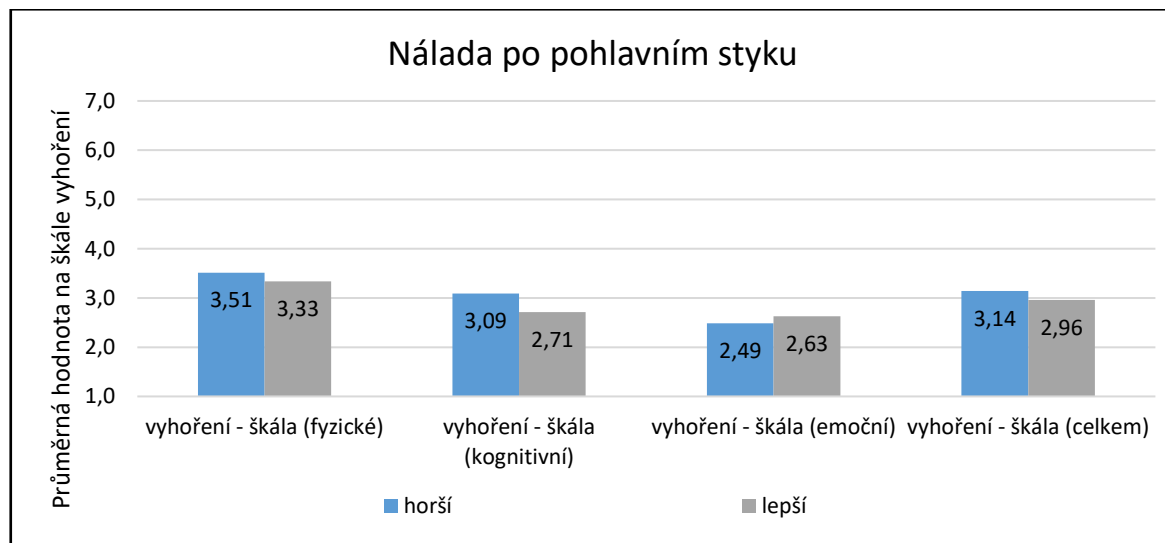
Nejvyššího skóru bylo opět dosaženo v oblasti fyzické a to 3,51 (horší nálada) a 3,33 (lepší nálada).

Tabulka 5 Nálada po pohlavním styku

Průměrná hodnota na škále vyhoření	Nálada po pohlavním styku	Škála vyhoření fyzické	Škála vyhoření kognitivní	Škála vyhoření emoční	Škála vyhoření celkem
	Horší nálada	3,51	3,09	2,49	3,14
	Lepší nálada	3,33	2,71	2,63	2,96
	Celkem	3,36	2,78	2,60	2,99

Tabulka 5 je graficky znázorněna v grafu 20. U kategorií celkového, fyzického a kognitivního vyhoření můžeme sledovat nárůst vyhoření s horší náladou po pohlavním styku. Avšak v oblasti emoční bylo dosaženo opačných výsledků. Respondentky s lepší náladou po pohlavním styku dosáhly vyššího skóru vyhoření než respondentky s horší náladou po pohlavním styku.

Graf 20 Nálada po pohlavním styku

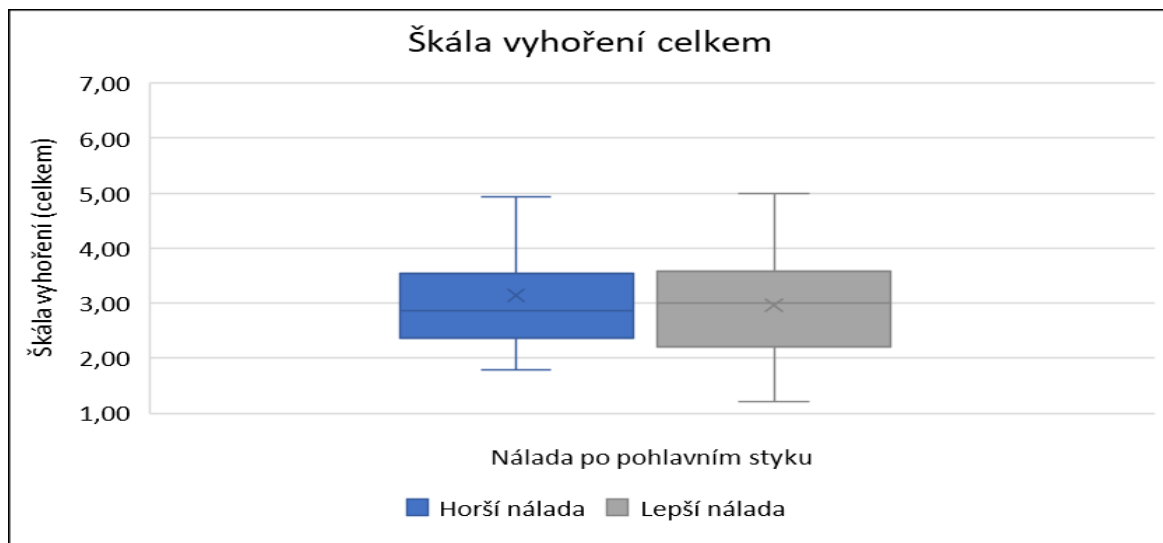


Graf 21 znázorňuje porovnání kategorií z dotazníků sexuálních funkcí na škále vyhoření v krabicovém grafu. U každé kategorie byl stanoven průměr, medián, horní a dolní kvartil, minimum a maximum.

Graf 21 zobrazuje hodnoty dosažené na škále vyhoření v porovnání s otázkou vztahující se k náladě po pohlavním styku. Při zobrazení obou kategorií lepší a horší nálady v boxplotu můžeme sledovat vyrovnanost obou kategorií. Maximální hodnoty a horní kvartily jsou u obou kategorií totožné. Průměr a medián se u obou kategorií liší minimálně. Drobné rozdíly můžeme zaznamenat u dolních kvartilů a minimálních hodnot.

Na základě tohoto grafu nelze podpořit předpoklad, že je skóre vyhoření vyšší u respondentek, které mají po pohlavním styku horší náladu.

Graf 21 Boxplot Nálada po pohlavním styku



Hypotéza 4 je částečně potvrzena. S přihlédnutím na dosažené skóry v oblasti nálady před pohlavním stykem můžeme usoudit, že čím vyšší skór na škále vyhoření, tím horší nálada, čímž je tato část hypotézy potvrzena.

U nálady po pohlavním styku hypotézu podporují dosažené hodnoty v oblasti celkového, fyzického a kognitivního vyhoření, ale v oblasti emočního vyhoření je hypotéza vyvrácena. Na základě boxplotu 21 však tuto část hypotézy nelze považovat za potvrzenou.

## 5 Diskuze

Hlavní náplní diplomové práce bylo zjistit, zda má syndrom vyhoření vliv na sexualitu u všeobecných sester, které pracují v neodkladné péči ve fakultní nemocnici. Problematiku vztahující se k všeobecným sestřám je vhodné zkoumat z důvodu aktuální situace ve zdravotnictví v České republice, které se potýká s nedostatkem zdravotnického i pomocného personálu a s vyšší mírou fluktuace.

Teoretická část diplomové práce se zaměřuje na syndrom vyhoření, jeho definici, příčiny, příznaky, diagnostiku, prevenci a terapii. Další oblastí, kterou se diplomová práce zabývá, je sexualita ženy. V diplomové práci se zaměřuji na definici zdravé ženské sexuality, determinanty sexuality a ovlivňující faktory, dále na sexuální dysfunkce a možnosti měření sexuálních funkcí. V poslední kapitole teoretické části diplomové práce se zabývám specifiky práce sestry v intenzivní péči, konkrétně požadavky k výkonu povolání, přípravou sestry na povolání a adaptační proces.

Problematice syndromu vyhoření se věnují odborníci po celém světě a zkoumají ho z různých aspektů. Během vyhledávání podkladů pro svoji diplomovou práci jsem se seznámila s mnoha názory a způsoby, jak lze syndrom vyhoření hodnotit. Problematika syndromu vyhoření se často objevuje jako téma odborných článků, studií a diplomových prací.

Nejčastěji zkoumaným jevem je prevalence syndromu vyhoření. Na základě dostupných studií se uvádí prevalence syndromu vyhoření u všeobecných sester kolem 33 % (Embarcio, 2007; Gómez, 2017; Poncet, 2006; Epp, 2012; Moss, 2016; Lahana, 2017). Další aspekty, které se v souvislosti se syndromem vyhoření u všeobecných sester zkoumají, jsou vztah mezi syndromem vyhoření a vzděláním, věkem, délkou praxe ve zdravotnictví nebo typem pracoviště. Míru vyhoření je možné měřit specifickými nástroji. Během studia zdrojů jsem se nejčastěji setkala s těmito metodami měření syndromu vyhoření: Shirom-Melamed Burnout Measure a Maslach Burnout Inventory.

V České republice se tomuto tématu věnuje trojice odborníků Radek Ptáček, Jiří Raboch a Vladimír Kebza. V roce 2013 vydali tyto autoři spolu s dalšími odborníky sborník, který představuje syndrom vyhoření a výsledky studií, které se zaměřovaly na různá povolání.

Autoři zkoumali syndrom vyhoření a determinanty vyhoření u lékařů, zdravotních sester, zdravotnických záchranářů, novinářů, úředníků, pracovníků záchranných služeb, studentů vysokých škol, pedagogů, pracovníků sociálně právní ochrany dětí, policistů, hasičů a pracovníků sociální správy.

Výzkum v oblasti sexuality žen je zaměřen na výskyt sexuálních dysfunkcí. Během zkoumání podkladů pro svoji diplomovou práci jsem nenalezla zdroj, který by se zabýval vztahem mezi syndromem vyhoření a sexualitou u zdravotních sester. Vzhledem k společným znakům syndromu vyhoření a dalších diagnóz by zkoumání této problematiky mohlo přinést poznatky do diferenciální diagnostiky syndromu vyhoření.

Hlavním úkolem praktické části diplomové práce bylo získat od všeobecných sester informace o míře vyhoření a jejího vztahu k sexuálním funkcím. Ze sexuálních funkcí jsem se nejvíce zaměřila na pohlavní touhu, hodnocení sebe sama jako sexuální partnerky, četnost pohlavních styků a náladu před a po pohlavním styku. K uskutečnění výzkumného šetření byly použity dva standardizované dotazníky, jež se vztahovaly k míře vyhoření pomocí české verze Shiromovy-Melamedovy škály (Shirom, Melamed, 2006 In Ptáček, 2013) a k sexuálním funkcím ženy dle Mellan in Kratochvíl, S. (1999). Výzkumné šetření probíhalo od února do června roku 2018 ve fakultní nemocnici v Praze. Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 74 respondentek, z oddělení anesteziologicko-resuscitačního, jednotek intenzivní péče a anestezie. Respondentky byly rozličného věku, vzdělání a délky praxe. Jediná podmínka pro účast ve výzkumném šetření byla práce na pracovišti neodkladné péče ve fakultní nemocnici.

V rámci diplomové spolupráce a zajištění většího výzkumného vzorku respondentů byla výzkumná šetření s totožnou metodologií prováděna u všeobecných sester ve fakultních nemocnicích, nefakultních nemocnicích a pomocí internetového šetření. Výsledky šetření byly sdíleny a použity k porovnání dosažených výsledků. Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 248 respondentek: 74 respondentek z fakultních nemocnic, 64 respondentek z nefakultních nemocnic a 110 respondentek odpovědělo pomocí internetového šetření. Souhrnné výsledky těchto šetření budou použity na rozšíření studie, která se pod vedením PhDr. Šárky Dynákové, Ph.D a doc. PhDr. Jana Kožnara, CSc. zaměřuje na vliv syndromu vyhoření na lidské zdraví.

První zkoumanou oblastí byla potřeba pohlavního styku u všeobecných sester v závislosti na míře vyhoření. Výsledky respondentek z fakultních nemocnic potvrdily vzrůstající tendenci míry vyhoření s klesající potřebou pohlavního styku ve všech oblastech zkoumání (celková, fyzická, kognitivní a emoční oblast). Respondentky, které odpovídaly pomocí internetového šetření, potvrdily tuto vzrůstající tendenci v oblastech celkové, fyzické a kognitivní. Ovšem v emoční oblasti dosáhly nejnižší míry vyhoření respondentky, které zvolily střední potřebu pohlavního styku. Vzestupnou tendenci míry vyhoření se snižující se potřebou pohlavního styku potvrdily i respondentky z nefakultních nemocnic. Jedna oblast se však svými výsledky stala raritní, a to byla oblast fyzická. V oblasti fyzické bylo dosaženo opačných výsledků a se snižující se potřebou pohlavního styku klesala i míra syndromu vyhoření. V oblasti potřeby pohlavního styku byla prokázána souvislost s mírou vyhoření.

Velmi zajímavou otázku představovala problematika hodnocení sebe sama jako sexuální partnerky, která hodně vypovídá o každém jedinci. Při porovnání výsledků respondentek z fakultních nemocnic a pomocí internetového šetření byl potvrzen předpoklad zvyšující se míry vyhoření s klesajícím hodnocením sebe sama. U respondentek z nefakultních nemocnic byly zaznamenány opačné výsledky. Respondentky, které se považovaly za skvělé milenky, dosahovaly na škále vyhoření vyššího skóre než ty, které se hodnotily průměrně nebo negativně. Je možné, že s postupným rozvojem rizika vyhoření se snižuje sebekritičnost a schopnost adaptace a sebehodnocení pak může být zkreslené.

Během našeho výzkumu se nepotvrdil vliv syndromu vyhoření na četnost uskutečněných pohlavních styků. Respondentky z fakultních nemocnic mají rozdílnou potřebu pohlavního styku, ale dosažený skóre syndromu vyhoření je vyrovnaný. S minimálními rozdíly můžeme pozorovat opačnou tendenci, než jsme v hypotéze předpokládali. A to, že čím více jsou sestry unavené, tím častěji vyžadují pohlavní styk. V nefakultních nemocnicích a pomocí internetového šetření jsou všechny hodnoty vyrovnané a odchylky můžeme sledovat pouze v okrajových kategoriích.

Zkoumaná oblast nálady před a po pohlavním styku byla také přínosná. Všechny zúčastněné respondentky, kteří mají před pohlavním stykem horší náladu dosahují vyšší míry vyhoření. Největšího rizika vyhoření dosáhly respondentky, které se výzkumu zúčastnily pomocí internetového šetření.



U nálady po pohlavním styku nelze jednoznačně říci, zda má souvislost s rizikem vyhoření. Respondentky, které se zúčastnily pomocí internetového šetření a uvedly horší náladu, dosahovaly vyšší míry vyhoření. U respondentek z nefakultních nemocnic se spojitost neprokázala a respondentky z fakultních nemocnic tuto spojitost prokázaly jen v určitých oblastech.

Moss a Lahana popisují jako nejčastější projevy syndromu vyhoření u sester emoční vyčerpání. Gómez na prvním místě popisuje depersonalizaci a poté emoční vyčerpání. Emoční vyčerpání dosahovalo ve výzkumném šetření u respondentek ve fakultních nemocnicích nejnižší míry vyhoření. Stejných výsledků dosáhly i respondentky, které odpovídaly pomocí internetového šetření. Respondentky z nefakultních nemocnic však dosáhly nejnižšího skóru v oblasti kognitivní.

V celkovém shrnutí dosáhly respondentky z fakultních nemocnic nižší míry vyhoření než respondentky z nefakultních nemocnic a internetového šetření. Jediná oblast, kde nedosáhly nejnižšího skóru byla oblast kognitivní, ve které nejnižšího skóru dosáhly respondentky z nefakultních nemocnic. Vůbec nejvyšší míry vyhoření dosáhly respondentky z internetového šetření. Porovnání dosažené míry vyhoření v rámci diplomové spolupráce znázorňuje graf 22, který je uveden v příloze č. 2.

Z výsledků vyplývá, že oblast, která ve všech zkoumaných aspektech dosahovala nejvyšší míry vyhoření, je oblast fyzická a dominantním příznakem vyhoření je únava. U některých respondentek se míra vyhoření v otázce únavy pohybovala u skóru vyšších, než je polovina škály vyhoření. U kolegů z internetového šetření a nefakultních nemocnic byla únava jako dominantní příznak prokázána také. Výsledek byl získán na základě statistického zpracování otázky P01 v dotazníku vyhoření.

Zajímavé jsou i získané poznatky ohledně času, který respondentky tráví v zaměstnání a který věnují dovolené. Celkem 41,9 % respondentek tráví průměrně v zaměstnání více než 45,5 hodin týdně. Některé respondentky tráví týdně v práci až 90 hodin, což představuje vysokou pracovní zátěž a tyto respondentky mohou být vystaveny vyššímu riziku vzniku syndromu vyhoření. Skoro třetina respondentek (24,3 %) neměla dovolenou delší než 14 dní více než rok. Únava, vysoká pracovní zátěž a nedostatek odpočinku vysokou měrou přispívají k rozvoji syndromu vyhoření.

Otázkou je, jak sestrám fyzicky ulevit? Proč práce všeobecné sestry představuje pro tělo takovou zátěž? Mají sestry k dispozici dostatek pomocného personálu? A jaká je podpora legislativy? Sestrám se některé kompetence zvyšují a přibývají, ale kompetence, které by mohl převzít pomocný personál, neubývají.

Možností, jak lze sestrám od této zátěže ulevit, je dostatečné personální zajištění. Tato oblast je však otázkou dlouhodobějšího časového horizontu. Zaměstnavatel může sestrám zajistit benefity zaměřené na fyzické aktivity a procedury na regeneraci těla.

Při rozvoji syndromu vyhoření můžeme sledovat zhoršenou kvalitu soukromého života zdravotních sester a zhoršenou kvalitu péče a pracovního výkonu sester (Embarcio, 2007). Podle Lee má platové ohodnocení sester vysokou prioritu. Bez ohledu na stresovou zátěž v práci přináší lepší platové podmínky pozitivní vliv na sexuální život a spokojenost v osobním životě.

## 6 Závěr

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda syndrom vyhoření ovlivňuje sexualitu všeobecných sester pracujících v neodkladné péči ve fakultních nemocnicích.

Dvě ze čtyř stanovených hypotéz (H1 a H2) byly výzkumným šetřením potvrzeny. Jsou to hypotézy vztahující se k otázkám potřeby pohlavního styku a hodnocení sebe sama jako sexuální partnerky. Čím větší pociťují respondentky fyzickou zátěž, tím nižší mají potřebu pohlavního styku. V oblasti emoční je tomu naopak, čím více jsou emočně vyhořelé, tím vyžadují pohlavní styk častěji.

U hypotézy, vztahující se k frekvenci pohlavních styků (H3) nebyla prokázána souvislost se syndromem vyhoření. Hypotéza vztahující se k náladě před a po pohlavním styku (H4) byla potvrzena částečně, a to v části která měřila náladu před pohlavním stykem.

Na škále syndromu vyhoření dosáhly nižších skóre a nacházejí se v nižším riziku vzniku vyhoření respondentky, které mají častější potřebu pohlavního styku a hodnotí samy sebe jako sexuální partnerky pozitivněji. V nižším riziku vzniku syndromu vyhoření jsou také respondentky, které mají před pohlavním stykem lepší náladu.

Z celkových výsledků je možné říci, že syndrom vyhoření nejvíce ovlivňuje fyzickou oblast jedince a dominantním příznakem je u respondentek únava (viz. diskuze strana 74). Nejméně je syndromem vyhoření ovlivňována emoční oblast jedince, která však v některých otázkách dosahovala opačných tendencí, než jaký byl předpoklad (otázky frekvence pohlavních styků a nálada po pohlavním styku).

Na škále měřící syndrom vyhoření v průměrném hodnocení se téměř u všech hypotéz pohybujeme pod polovinou skóre, který činí 3,50. Jediná skupina respondentek, která dosáhla v průměrném hodnocení vyššího skóre, než je 3,50, byla skupina respondentek, které se necítí být zcela v pořádku v oblasti hodnocení sebe sama jako sexuální partnerky. Tyto respondentky dosáhly skóre 3,81.

Výzkumným šetřením byla prokázána spojitost mezi syndromem vyhoření a některými oblastmi sexuality. Je nutno uvědomit si velikost výzkumného vzorku, na němž nelze dělat zásadní závěry v celé problematice. Pokud by se tento výzkumný vzorek rozšířil, mohou

získat výsledky náležitou hodnotu a býti nápomocné v oblasti diferenciální diagnostiky syndromu vyhoření.

Problematika syndromu vyhoření ve zdravotnictví je spojena se sníženou kvalitou poskytované péče a vyšší mírou fluktuace zdravotníků do jiných profesí.

## 7 Seznam literatury

### Monografie:

1. BARTOŠÍKOVÁ, I. 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Brno 2006. NCO-NZO. ISBN 80-7013-439-9.
2. BARTŮŇEK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, ed. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4343-1.
3. BLATNÝ, Marek, ed. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3462-3.
4. BRŮHA, D. PROŠKOVÁ, E. *Zdravotnická povolání*, Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2011, ISBN 978-80-7357-661-5.
5. FAFEJTA, Martin. *Sexualita a sexuální identita: sociální povaha přirozenosti*. Praha: Portál, 2016. 240 s. ISBN 978-80-262-1030-6.
6. GURKOVÁ, Elena a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Klinické prostředí v přípravě sester: organizace, strategie, hodnocení*. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0583-0.
7. HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Vyd. 2. V Praze: Vyšehrad, 2015. ISBN 978-80-7429-552-2.
8. KALLWASS, Angelika. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-299-7.
9. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9.
10. KEBZA, Vladimír. *Psychická zátěž, stres a psychohygienu v lékařských profesích*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-4569-5.
11. KRATOCHVÍL, Stanislav. *Léčení sexuálních dysfunkcí*. Praha: Grada, 1999. ISBN 978-80-7169-678-0.
12. KRATOCHVÍL, Stanislav. *Sexuální dysfunkce*. 3., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2476-8.

13. KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. Sestra (Grada). ISBN 80-247-0784-5.
14. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3149-0.
15. KUBÍK, Josef. *Sexualita bez tabu*. V Brumovicích: Carpe diem, 2010. 324 s. ISBN 978-80-87195-10-9.
16. KURUCOVÁ, Radka. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5707-0.
17. PASTOR, Zlatko. *Sexualita ženy*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1989-4.
18. PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit pohledem kognitivně behaviorální terapie*. V Praze: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-88163-00-8.
19. PRIEB, Mirriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5394-2.
20. PTÁČEK, Radek. *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1998-9.
21. PTÁČEK, Radek, Jiří RABOCH a Vladimír KEBZA. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada, 2013. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5114-6.
22. STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.
23. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.
24. ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Sexuologie pro zdravotníky*. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-162-9.
25. ŠULOVÁ, Lenka, Tomáš FAIT a Petr WEISS. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-238-4.

26. TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0064-4.
27. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.
28. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.
29. VESELSKÝ, Z. *Sexuální dysfunkce*. In: *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2011, s. 465-476. ISBN: 978-80-87323-00-7.
30. VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4732-3.
31. WEISS, Petr. *Sexuologie*. Praha: Grada Publishing a.s., 2010, s. 744. ISBN: 978-80-247-2492-8.
32. ZVĚŘINA, Jaroslav. *Lékařská sexuologie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2049-7.
33. ZVĚŘINA, Jaroslav. *Sexuální poruchy u žen: Sexuální poruchy u mužů*. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7254-134-X.
34. ZVĚŘINA, Jaroslav. *Sexuologie nejen pro lékaře*. Praha: CERM, 2003. ISBN 80-7204-264-5.

## Periodika a publikace:

1. AMIN, Amee A., et al. *Perceived stress and professional quality of life in neonatal intensive care unit nurses in Gujarat, India*. The Indian Journal of Pediatrics, 2015, 82.11: 1001-1005.
2. BÁRTLOVÁ, S., HAJDUCHOVÁ, H. *Psychologická zátěž a příčiny fluktuace sester*. Zdravotnictví v České republice, 2010, roč. 3, č. 8, s. 110-115.
3. BĚLÁKOVÁ, Jana., IVANOVÁ, Kateřina. *Výzkum zdravého životního stylu u studentů ošetrovatelství a porodní asistence metodou KAB*. In: Ošetrovatelstvo - teória, výskum a vzdelávanie. Vyd. 1. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta, 2007. 2007, s. 37-47. ISBN: 978-80-88866-43-5.
4. BIENVENU, O. Joseph. Is this critical care clinician burned out?. Intensive care medicine, 2016, 42.11: 1794-1796.
5. BLAKE, Nancy. The Importance of a Balanced Life for Nurses. AACN advanced critical care, 2017, 28.1: 21-22.
6. BLATNICKÁ, J., NOVOTNÁ, J. *Syndrom vyhoření trochu jinak*. Sestra, 2013, roč. 23, č. 3, s. 24-25. ISSN: 1210-0404.
7. BODSKÁ, M., KAVKOVÁ, E., KUSOVÁ, D. *Psychická zátěž nelékařských pracovníků v intenzivní medicíně: XII. dny intenzivní medicíny*. Kroměříž 2005, 8.-10. června. In: *Ročenka intenzivní medicíny*. Praha: Galén, 2005, s. 253-255.
8. BRŮHOVÁ, L., BÍNOVÁ, A. *Sexuální dysfunkce jako součást low back pain*. In: Moravský regionální kongres k sexuální výchově. Ostrava: CAT Publishing ve spolupráci se Společností pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2010, roč. 4, s. 5-18.
9. BURRI, Andrea. Bringing sex research into the 21st century: genetic and epigenetic approaches on female sexual function. Journal of sex research, 2013, 50.3-4: 318-328.
10. CLAYTON, Anita H., *Sexual function across aging*. Current Psychiatry Reports. 2016, 18:28



11. CRUZ, Jonas Preposi, et al. Optimism, proactive coping and quality of life among nurses: A cross-sectional study. *Journal of clinical nursing*, 2018, 27.9-10: 2098-2108.
12. DAWSON, Melissa L., et al. *The evaluation and management of female sexual dysfunction*. *Journal of Family Practice*, 2017, 66.12: 722-729.
13. DOLEŽALOVÁ, M. *Mobbing ve zdravotnických zařízeních*. Florence (Praha), 2011, roč. 7, č. 6, s. 24-28. ISSN: 1801-464X.
14. DRÁBKOVÁ, J. *Rizika pro zdravotníky v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči*. In: *Anesteziologické dny Vysočiny*. 1. vyd. Příbram: MSM - Medical Systems Management, 2004, s. 147-150.
15. DYNÁKOVÁ, Š., KOŽNAR, J., HERMANOVÁ, M. *Supervize jako prevence syndromu vyhoření u zdravotníků*. *Praktický lékař*, 2010, roč. 90, č. 6, s. 365-366. ISSN: 0032-6739
16. DUFFIN, Christian. *Lack of breaks leaves nurses burnt out*. *Nursing Standard*, 2005, 20.6: 16.
17. EPP, K. B. *Burnout in critical care nurses: a literature review*. *Dynamics*, 2012, 23.4: 25-31.
18. EMBRIACO, Nathalie, et al. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current opinion in critical care*, 2007, 13.5: 482-488.
19. FIALA, L. *Ženské sexuální dysfunkce*. *Zdravotnictví a medicína*, 2015, roč. 2015, č. 9, s. 46. ISSN: 2336-2987.
20. FIFKOVÁ, H. *Terapie primární anorgasmie*. *Praktický lékař*, 2005, Roč. 85, č. 1, s. 20-21. ISSN: 0032-6739.
21. GALLETTA, Maura, et al. *Relationship between job burnout, psychosocial factors and health care-associated infections in critical care units*. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2016, 34: 59-66.
22. GÓMEZ-URQUIZA, Jose Luis, et al. *Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: a meta-analysis*. *Critical care nurse*, 2017, 37.5: e1-e9.

23. GUČKOVÁ, Mária. *Fyzická zátěž sester. Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 6, s. 21. ISSN 1210-0404.
24. GULÁŠOVÁ, Ivica., ŠURÁNIOVÁ, Helena. *Stresové faktory pôsobiace na prácu sestry na jednotke intenzívnej starostlivosti*. Kontakt (České Budějovice), 2004, Roč. 6, č. 1, s. 9-25. ISSN 1212-4117.
25. HAROKOVÁ, Silvie., GURKOVÁ, Elena. *Faktory pracovnej spokojnosti českých sestier*. Kontakt (České Budějovice), 2012, roč. 14, č. 4, s. 401-409. ISSN 1212-4117.
26. HEKELOVÁ, Z. *Stres a syndrom vyhoření v práci sestry-manažerky*. Florence, 2014, roč. 10, č. 3, s. 33-34.
27. HEPLOVÁ, M., MICHÁLKOVÁ, H., *Motivační prvky v práci sestry. Sestra*. Praha: 2010, roč. 20, č. 11, s. 30. ISSN 1335-9444.
28. HUBENÁ, Veronika., ČIŽMAŘOVÁ, Lenka. *Sestra, životospráva, stres a choroby*. In: *Konference pro sestry*. Ostrava: Dům techniky Ostrava, 2007-. 2007, s. 79-85.
29. JARACZ, Marcin, et al. *Affective temperament, job stress and professional burnout in nurses and civil servants*. PloS one, 2017, 12.6: e0176698.
30. JEŽEK, M. *Jak se žije sestrám na ARO*. Zdravotnické noviny (Avicenum, Mladá fronta), 2007, roč. 56, č. 24, s. 13-15. ISSN: 1805-2355.
31. JONÁŠOVÁ, I. WEISS, P. *Možné faktory ovplyvňujúce orgastickú schopnosť u žien*. Česká a slovenská psychiatrie, 2010, roč. 106, č. 3, s. 167-172. ISSN: 1212-0383.
32. KHAJEHEI, Marjan; DOHERTY, Maryanne; TILLEY, PJ Matt. *An update on sexual function and dysfunction in women*. Archives of women's mental health, 2015, 18.3: 423-433.
33. KLEVETOVÁ, D. *Supervize jako prevence syndromu vyhoření*. Sestra, 2011, roč. 21, č. 10, s. 20-22. ISSN: 1210-0404.

34. KOMAČEKOVÁ, D. *Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry*. Sestra, 2009, roč. 19, č. 7-8. ISSN: 1210-0404.
35. KOPECKÁ, E. *Duševní hygiena sester a umění odpočívat*. Sestra (Praha), 2014, roč. 24, č. 4, s. 22-23. ISSN: 1210-0404.
36. KRAMULOVÁ, D., FIFKOVÁ, H. *Chci otěhotnět. Proč to zase nevyšlo?*. Psychologie dnes, 2010, roč. 16, č. 2, s. 16-17. ISSN: 1212-9607.
37. KRATOCHVÍL, S. *Behaviorální terapie ženských sexuálních dysfunkcí: sexualita ženy*. Moderní gynekologie a porodnictví, 2005, roč. 14, č. 1, s. 51-59. ISSN: 1211-1058.
38. LAHANA, Eleni, et al. *Burnout among nurses working in social welfare centers for the disabled*. BMC nursing, 2017, 16.1: 15.
39. LÁLOVÁ, I., JURÁSKOVÁ, D. *Kompetence sester na JIP*. Florence (Praha), 2011, roč. 3, č. 12, s. 510-512. ISSN:180-464X.
40. LEE, Hsiu-Hui, et al. *The relationship between sex life satisfaction and job stress of married nurses*. BMC research notes, 2012, 5.1: 445.
41. LEINEWEBER, Constanze, et al. *Nurses' practice environment and work-family conflict in relation to burn out: a multilevel modelling approach*. PLoS One, 2014, 9.5: e96991.
42. LI, Jie; LAMBERT, Vickie Ann. *Workplace stressors, coping, demographics and job satisfaction in Chinese intensive care nurses*. Nursing in critical care, 2008, 13.1: 12-24.
43. MARTINCOVÁ, J. *Sestra a partnerský život*. Sestra (Praha), 2007, roč. 17, č. 7-8, s. 26. ISSN: 1210-0404.
44. MILLIKEN, Aimee. *Time to Breathe*. Hastings Center Report, 2014, 44.3: 8-9.
45. MEALER, Meredith. *Burnout Syndrome in the Intensive Care Unit*. Future Directions for Research. 2016.

46. MEALER, Meredith, et al. Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, 2014, 23.6: e97-e105.
47. MEALER, Meredith, et al. *The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses*. *Depression and anxiety*, 2009, 26.12: 1118-1126.
48. MOSS, Marc, et al. *An official critical care societies collaborative statement—burnout syndrome in critical care health-care professionals: a call for action*. *Chest*, 2016, 150.1: 17-26.
49. NEŠPOR, K. *Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření*. *Medicína pro praxi*, 2007, roč. 4, č. 9, s. 371-373.
50. NOVOTNÁ, E., MICHÁLKOVÁ, H. *Výkon profese v intenzivní péči a její vliv na životní styl sester*. *Cesta k modernímu ošetřovatelství*, 2010, s. 20-25.
51. PASTOR, Z. *Jak správně klasifikovat ženské sexuální dysfunkce?* *Praktická gynekologie*, 2015, roč. 19, č. 1, s. 60-65. ISSN: 1211-6645.
52. PASTOR, Z. *Poruchy ženské sexuální touhy-prevalence, klasifikace a možnosti terapie*. *Česká gynekologie*, 2011, roč. 76, č. 1, s. 59-64. ISSN: 1210-7832.
53. PASTOR, Z. *Ženské sexuální dysfunkce: sexualita ženy*. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2005, roč. 14, č. 1, s. 9-22. ISSN: 1211-1058.
54. PATEL, C. J., et al. *Work-family conflict, job satisfaction and spousal support: An exploratory study of nurses' experience*. *Curationis*, 2008, 31.1: 38-44.
55. PONCET, M., C., TOULLIC, P., aj. *Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff*. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2007, vol. 107, No. 11
56. RAHMAN, Hanif Abdul; ABDUL-MUMIN, Khadizah; NAING, Lin. A study into psychosocial factors as predictors of work-related fatigue. *British Journal of Nursing*, 2016, 25.13: 757-763.
57. SAVEL, Richard H.; MUNRO, Cindy L. *On Being a Critical Care Nurse: An Informal Survey*. 2012.

58. SAVEL, Richard H.; MUNRO, Cindy L. The essence of nursing. 2011.
59. SHARMA, J. B.; KALRA, Bharti. Female sexual dysfunction: Assessment. *JPMMA*. The Journal of the Pakistan Medical Association, 2016, 66.5: 623-626.
60. SHIREY, Maria R.; FISHER, Mary L. *Leadership agenda for change toward healthy work environments in acute and critical care*. Critical Care Nurse, 2008, 28.5: 66-78.
61. SIKOROVÁ, L., JAROŠOVÁ, D., KUSÁ, Z. *Vybrané antropologické parametry a životní styl studentek ošetrovatelství*. In: *Ošetrovatelstvo - teória, výskum a vzdelávanie*. Vyd. 1. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta, 2007. 2007, s. 470-485. ISBN: 978-80-88866-43-5.
62. SNOPOKOVÁ, I. *Burn-out-syndrom čili syndrom vyhoření*. Sestra, 2007, roč. 17, č. 7-8, s. 37-38. ISSN: 1210-0404.
63. SCHREIBER, J. Caring for You, the Nurse, Is Required, Not Optional. 2015.
64. ŠIMKOVÁ, H. *Jak nevyhořet*. Zdravotnické noviny, 2013, roč. 62, č. 1, s. 35. ISSN: 1805-2355.
65. ŠIMONOVÁ, H. *Adaptační proces na jednotce intenzivní péče*. Zdravotnictví a medicína, 2014, roč. 2014, č. 18 (Sestra), s. 31-31. ISSN: 2336-2987.
66. TRACY, Mary Fran. *Supporting Nurses in the Critical Care Environment*. AACN advanced critical care, 2017, 28.4: 343-344.
67. TROJAN, O. *Funkční sexuální poruchy u žen*. Urologie pro praxi, 2011, roč. 12, č. 1, s. 38-41. ISSN: 1213-1768.
68. VATTAIOVÁ, M. *Osobní pohoda a životní styl budoucí sestry*. Sestra (Praha), 2012, roč. 22, č. 9, s. 28-30. ISSN: 1210-0404.
69. VESELSKÝ, Z. *Sexuální dysfunkce žen*. Gynekolog (Hradec Králové), 2009, roč. 18, č. 4, s. 147-151. ISSN: 1210-1133.
70. VRZÁČKOVÁ, P. *Anorgazmie a frigidita*. Praktická gynekologie, 2012, roč. 16, č. 2-4, s. 96-101. ISSN: 1211-6645.
71. VYBÍHALOVÁ, L. *Vliv povolání sestry na životní styl*. Sestra (Praha), 2013, roč. 23, č. 2, s. 20-21. ISSN: 1210-0404.

72. WANG, Yang, et al. *Work-family conflict and burnout among Chinese female nurses: the mediating effect of psychological capital*. BMC public health, 2012, 12.1: 915.
73. YANG, Yi Qun, et al. *Sexual Dysfunction among Chinese Nurses: Prevalence and Predictors*. Biomedical and Environmental Sciences, 2017, 30.3: 229-234.
74. ZELENÍKOVÁ, R. *Životný štýl študentov ošetrovateľstva*. In: Cesta k profesionálnému ošetrovateľstvu. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2007, roč. 2, s. 133-135.
75. ZVĚŘINA, J. *Sexuální dysfunkce žen: Klinická andrologie a sexuologie*. Postgraduální medicína, 2004, roč. 6, č. 2, s. 170-172. ISSN 1212-4184.
76. ŽOURKOVÁ, A. *Dotazníky a škály k měření sexuálních funkcí*. Česká a slovenská psychiatrie, 2004, Roč. 100, č. 8, s. 481-486. ISSN 1212-0383.

## Webová sídla

1. Burghof-Klinik Bad Nauheim – Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie. [online]. Copyright © 2018 [cit. 08.01.2019]. Dostupné z: <https://burghof-klinik.com/>
2. Dementech / Dementia, Parkinson's, Alzheimer's & Psychology Experts. [online]. Copyright © 2019. All Rights Reserved by Dementech LTD. [cit. 08.01.2019]. Dostupné z: <https://dementech.com/>
3. Exclusive Addiction Treatment & Luxury Rehab. [online]. Copyright © 2018 [cit. 08.01.2019]. Dostupné z: <https://www.paracelsus-recovery.com/en/home>
4. Klinik Windach. [online]. Copyright © 2018 [cit. 08.01.2019]. Dostupné z: <https://klinik-windach.de/>
5. Parkklinik Wiesbaden Schlangenbad – Private Akutklinik für psychische und psychosomatische Gesundheit. [online]. Copyright © 2018 [cit. 08.01.2019]. Dostupné z: <https://parkklinik-schlangenbad.de/>
6. Psychosomatische Klinik Roseneck Chiemsee – Psychosomatische Klinik am Chiemsee. [online]. Copyright © 2018 [cit. 08.01.2019]. Dostupné z: <https://www.schoen-klinik.de/roseneck>
7. Úvodní stránka/česká asociace sester [online]. Copyright © [cit. 21.03.2019]. Dostupné z: [https://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/tz\\_cas\\_nedostatek-sester-znamena-zdravotni-rizika-pro-populaci-cr.pdf](https://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/tz_cas_nedostatek-sester-znamena-zdravotni-rizika-pro-populaci-cr.pdf)

### **Seznam zkratk**

ARO – Anesteziologicko resuscitační oddělení

JIP – Jednotka intenzivní péče

MKN – Mezinárodní Klasifikace Nemocí

SŠ – Střední škola

VOŠ – Vyšší odborná škola

VŠ – Vysoká škola



## **Seznam tabulek**

Tabulka 1 Potřeba pohlavního styku .....	53
Tabulka 2 Hodnocení sebe sama jako sexuální partnerky .....	56
Tabulka 3 Frekvence pohlavních styků .....	60
Tabulka 4 Nálada před pohlavním stykem .....	64
Tabulka 5 Nálada po pohlavním styku .....	67

## Seznam grafů

Graf 1 Věkové zastoupení respondentek .....	41
Graf 2 Vzdělání respondentek .....	42
Graf 3 Specializace respondentek .....	43
Graf 4 Pracoviště respondentek .....	44
Graf 5 Délka současného pracovního poměru .....	45
Graf 6 Délka celkové praxe .....	46
Graf 7 Doba od poslední dovolené delší než 14 dní .....	47
Graf 8 Škála vyhoření .....	48
Graf 9 Škála vyhoření fyzická oblast .....	49
Graf 10 Škála vyhoření kognitivní oblast .....	50
Graf 11 Škála vyhoření emoční oblast .....	50
Graf 12 Potřeba pohlavního styku .....	53
Graf 13 Boxplot Potřeba pohlavního styku .....	54
Graf 14 Hodnocení sebe sama jako sexuální partnerky .....	57
Graf 15 Boxplot Hodnocení sebe jako sexuální partnerky .....	58
Graf 16 Frekvence pohlavních styků .....	61
Graf 17 Boxplot Frekvence pohlavních styků .....	62
Graf 18 Nálada před pohlavním stykem .....	65
Graf 19 Boxplot Nálada před pohlavním stykem .....	66
Graf 20 Nálada po pohlavním styku .....	68
Graf 21 Boxplot Nálada po pohlavním styku .....	69
Graf 22 Porovnání míry vyhoření v rámci diplomové spolupráce (příloha č. 2)	

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 Dotazník k Diplomové práci

Příloha č. 2 Graf 22 Porovnání míry vyhoření v rámci diplomové spolupráce

Příloha č. 3 Prohlášení konzultanta

## Příloha č. 1 Dotazník k diplomové práci

Dobrý den,

jmenuji se Monika Bohuslavová. V současné době jsem studentkou 1. lékařské fakulty UK v Praze, oboru specializace ve zdravotnictví, intenzivní péče.

Dovoluji si vás touto cestou požádat o vyplnění dotazníku, který má dvě části. První část zjišťuje míru „**Syndromu vyhoření**“ česká verze Shiromovy –Melamedovy škály (SMBM), a druhá část tohoto dotazníku má název „**Sexuální funkce ženy**,“ dle Mellan in Kratochvíl, S. (1999). Vyplnění tohoto dotazníku je zcela anonymní a určené pouze nelékařským zdravotnickým pracovníkům na pracovištích neodkladné péče. Získané údaje budou podkladem pro zpracování mé diplomové práce pod vedením PhDr. Šárky Dynákové, Ph.D. a Doc.PhDr. Jana Kožnara, CSc. a stanou se součástí mezinárodní studie zkoumající syndrom vyhoření a jeho vliv na lidské zdraví. Vyplněním dotazníku souhlasíte se zpracováním výzkumných údajů.

**Instrukce k vyplnění dotazníkového formuláře:** Věnujte prosím pozornost zadaným otázkám. První část má 14 otázek, druhá 29 otázek. Vyplnění dotazníků by Vám nemělo zabrat více než 15-20 minut. Prosím Vás, abyste každou otázku označili číslem, které nejvíc vystihuje sílu pocitů, které obvykle prožíváte. Důležité pro tento výzkum je vyplnění všech otázek v obou částech dotazníku.

Předem Vám srdečně děkujeme za Váš čas a ochotu

Bc. Monika Bohuslavová, PhDr. Šárka Dynáková, Ph.D. a Doc.PhDr. Jan Kožnar, CSc.

Datum: .....

Věk: .....

Pohlaví:        žena    muž

Rodinný stav: svobodný/á    ženatý/vdaná    rozvedený/á    v partnerském svazku

Nejvyšší dosažené vzdělání: SŠ    VOŠ    VŠ    jiné.....

Pracoviště: .....

Délka trvání současného pracovního poměru: .....

Délka celkové pracovní praxe ve zdravotnictví: .....

Průměrná týdenní pracovní doba (reálný počet hodin strávených na pracovišti):  
.....hodin

Před jakou dobou jste měl/a naposledy dovolenou více než 14 dní (nedělenou) – uveďte  
v měsících: .....

## Česká verze Shiromovy-Melamedovy škála (SMBM)

PTÁČEK, Radek, Jiří RABOCH a Vladimír KEBZA. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada, 2013. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5114-6.

Škála		Nikdy nebo téměř nikdy	Velmi zřídka	Zřídka	Někdy	Celkem často	Velmi často	Vždy nebo téměř vždy
P	1. Cítím se unavený/á.	1	2	3	4	5	6	7
P	2. Necítím žádnou sílu jít ráno do práce.	1	2	3	4	5	6	7
P	3. Cítím se fyzicky vysílený/á.	1	2	3	4	5	6	7
P	4. Cítím, že mám všeho dost.	1	2	3	4	5	6	7
P	5. Připadám si, jako by se mi „vybily baterky“.	1	2	3	4	5	6	7
P	6. Cítím se vyhořelý/á.	1	2	3	4	5	6	7
C	7. Myslí mi to pomalu.	1	2	3	4	5	6	7
C	8. Obtížně se koncentruji.	1	2	3	4	5	6	7
C	9. Zdá se mi, že mi to nemyslí jasně.	1	2	3	4	5	6	7
C	10. Při přemýšlení se cítím nesoustředěný/á.	1	2	3	4	5	6	7
C	11. Dělá mi potíže přemýšlet o složitých věcech.	1	2	3	4	5	6	7
E	12. Cítím se, že se mi nedaří být citlivý/á k potřebám spolupracovníků a lidí, se kterými přicházím v práci do styku.	1	2	3	4	5	6	7
E	13. Cítím, že nejsem schopen/a citově investovat do spolupracovníků a lidí, se kterými přicházím v práci do styku.	1	2	3	4	5	6	7
E	14. Cítím, že nedokážu být milý/á na spolupracovníky a lidi, se kterými přicházím v práci do styku.	1	2	3	4	5	6	7

## **Dotazník Sexuální funkce ženy, rozšířená kroměřížská verze**

(Prvních 10 bodů je převzato z dotazníku SFŽ od J. Mellana)

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Léčení sexuálních dysfunkcí*. Praha: Grada, 1999. ISBN 978-80-7169-678-0.

### **SFŽ/K**

Pohlaví: ..... Věk: ..... Rodinný stav: ..... Počet porodů: .....

U každého bodu dejte do kroužku číslici u toho řádku, který nejlépe vystihuje Váš současný stav.

#### **1. Chut' k pohlavnímu styku**

Svůj vztah k pohlavnímu styku bych hodnotila takto:

- 0 – mám k němu odpor
- 1 – nepotřebuji jej, nemusela bych ho mít
- 2 – mírně po něm toužím
- 3 – potřebuji jej
- 4 – mám značně silnou potřebu pohlavního styku

#### **2. Potřeba pohlavního styku**

Kdyby záleželo na mé chuti a kdybych k tomu měla vhodné podmínky, vyhovovalo by mi mít pohlavní styk:

- 0 – vůbec nikdy, nebo nejvýše 1x za rok
- 1 – několikrát za rok, nejvýše 1x za měsíc
- 2 – několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden
- 3 – 2x nebo i vícekrát týdně
- 4 – denně nebo i vícekrát za den

#### **3. Častost pohlavního vyvrcholení vůbec**

Bez ohledu na způsob, jímž se tak děje (při styku, ve snu nebo onanií) dosahuji pohlavního vyvrcholení – orgasmu:

- 0 – vůbec nikdy nebo méně než 1x za rok
- 1 – několikrát za rok, nejvýše 1x za měsíc
- 2 – několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden
- 3 – 2x nebo i vícekrát týdně
- 4 – denně nebo i vícekrát za den

**4. Častost pohlavních styků**

K pohlavnímu styku s partnerem u mne dochází:

- 0 – vůbec nikdy nebo méně než 1x za rok
- 1 – několikrát za rok, nejvýše 1x za měsíc
- 2 – několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden
- 3 – 2x nebo i vícekrát týdně
- 4 – denně nebo i vícekrát za den

**5. Častost pohlavního vyvrcholení při souloži**

Z počtu pohlavních styků, uvedených v minulém bodě, dosahuji orgasmu:

- 0 - nikdy, nebo jen zcela ojediněle za celý život
- 1 – v menšině případů
- 2 – většinou
- 3 – za běžných podmínek vždy
- 4 – vždy a snadno i za nevýhodných podmínek, též opakovaně

**6. Procento uspokojivých sexuálních styků**

Vyjádřeno v procentech, dosáhla jsem v posledním roce u uskutečněných pohlavních styků úplného uspokojení – orgasmu:

- 0 – v 0 %
- 1 – asi v 25 %
- 2 – asi v 50 %
- 3 – asi v 75 %
- 4 – v 90 – 100 %

**7. Přípravné reakce – vzrušivost**

Své pocity při mazlení, milostné předeře před stykem a průběh svého vzrušení bych charakterizovala takto:

- 0 – je mi to nepříjemné, nesnáším to nebo to odmítám
- 1 – snáším to, ale nic necítím, jsem suchá
- 2 – cítím mírnou vlhkost a chvílemi vzrušení, které se někdy rozplývá
- 3 – mám dostatek vlhkosti, za vhodných podmínek se silně vzruším

## **8. Pocitový doprovod při pohlavním styku**

Při pohlavním styku mám spíše:

- 0 – nepříjemné pocity až bolestivost
- 1 – dojem, že jsem necitlivá, zůstávám chladná
- 2 – příjemné pocity, které jsou stále stejné
- 3 – příjemné pocity, které se stupňují jen do určitého bodu (pak se příp. rozplývají)
- 4 – příjemné pocity, které se stupňují až k vyvrcholení

## **9. Rychlost sexuálního vyvrcholení**

Během pohlavního styku dosáhnu obvykle uspokojení:

- 0 – většinou vůbec ne
- 1 – za dobu delší než 15 minut
- 2 – během 6–15 minut
- 3 – během 3–5 minut
- 4 – během 1–2 minut

Potřebuji, aby pohyby údu v pochvě trvaly alespoň:.....

Potřebuji, aby dráždění poštváčku trvalo alespoň:.....

## **10. Soulad s partnerem v pohlavním vyvrcholení**

Orgasmu při pohlavním styku dosahuji:

- 0 – nikdy
- 1 – pouze při přímém dráždění pohlavního ústrojí spíše mimo soulož
- 2 – většinou až po partnerovi, dalším dráždění, nebo při další souloži
- 3 – většinou současně nebo skoro současně s partnerem
- 4 – opakovaně během soulože

## **11. Nálada před pohlavním stykem**

Před pohlavním stykem cítím:

- 0 – nechut', strach nebo odpor, snažím se mu raději vyhnout
- 1 – lhostejnost, nikdy zvlášť o styk nestojím
- 2 – někdy mám i náladu i chuť, ale iniciativu neprojevuji
- 3 – většinou se na styk těším, dovedu dát sama i podnět
- 4 – na styk se stále velmi těším, vyhledávám ho, musím ho mít i za nepříznivých podmínek



## **12. Nálada po pohlavním styku**

Po pohlavním styku (ev. po nepodařené souloži) mi nejčastěji bývá:

- 0 – velmi špatně, mám bolesti, nervové potíže, zlost na partnera
- 1 – cítím lhostejnost, jsem bez obtíží, dobře usínám
- 2 – cekem dobře, někdy pocit, že ještě něco chybí, touha pokračovat
- 3 – cítím se dobře, uspokojena, příjemně unavena
- 4 – velmi dobře, cítím silné uspokojení a štěstí, jsem veselá, mám větší chuť do práce

## **13. Hodnocení sebe jako sexuální partnerky**

- 0 – připadám si nenormální, úplně chladná, neschopná
- 1 – připadám si málo schopná, chladnější
- 2 – nejsem si zcela jista, že jsem v pořádku
- 3 – jsem v pořádku
- 4 – jsem výborná milenka, umím to s muži, dovedu je, kam chci

## **14. Aktivita při pohlavním styku**

- 0 – nechávám vše na partnerovi, pasivně ležím, pohybů se sama neúčastním
- 1 – ke konci styku se mírně pohybuji v rytmu partnerových pohybů
- 2 – hladím partnera, rytmicky se k němu sama tisknu tělem i pánví
- 3 – od počátku aktivně pohybuji pánví proti partnerovým pohybům, snažím se zvýšit vzrušení úmyslným stahováním svalů poševního vchodu i jinými pohyby a dotyky
- 4 – sama dráždím partnera na citlivých místech i pohlavním údu, zasunu si úd do pochvy, aktivně řídím způsob i tempo pohlavních pohybů

## **15. Polohy při pohlavním styku**

- 0 – souhlasím jen s běžnou polohou na zádech, odmítám „experimenty“
- 1 – výjimečně souhlasím se změnou polohy
- 2 – střídám několik jednoduchých základních poloh
- 3 – ráda zkouším různé polohy včetně polohy, kdy jsem na partnerovi
- 4 – vyžaduji různorodost v polohách, střídám je i v průběhu jednoho styku, je mi příjemná i „francouzská“ poloha (dráždění pohlavních orgánů ústy)

#### **16. Chování při orgasmu**

- 0 – orgasmus se v mém vnějším chování nijak neprojevuje
- 1 – zrychleně dýchám
- 2 – zřetelně zrychlený dech, vzdechy
- 3 – silné vzdechy s křečovitým napětím těla
- 4 – výrazné dechové, zvukové i pohybové projevy, vyjadřující vrcholnou rozkoš

#### **17. Tělesná reakce při orgasmu**

Při pohlavním vyvrcholení dochází u mne k samočinným stahům svalstva v pochvě (pulsující pocity, pocit „tepání“)

- 0 – nemám takové pocity
- 1 – nejsem si jista
- 2 – pocity jsou přítomny, ale slabě
- 3 – stahy (tepání) jsou výrazné, opakují se 2 – 5x
- 4 – stahy jsou velmi intenzivní, je jich více než 5

#### **18. Častost průvodní reakce při orgasmu**

Při orgasmu mám zřetelně pulsující pocity (mimovolné stahy) v pohlavních orgánech:

- 0 – nikdy
- 1 – asi v 25 % orgasmů
- 2 – asi v 50 % orgasmů
- 3 – asi v 75 % orgasmů
- 4 – při každém orgasmu

#### **19. Noční orgasmus (samočinné sexuální vzrušení a vyvrcholení během spánku nebo snu)**

- 0 – nikdy
- 1 – výjimečně, nejvýše 1x za rok
- 2 – několikrát za rok
- 3 – několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden
- 4 – 2x nebo vícekrát týdně

## **20. Výskyt a trvání poruchy, pokud je nějaká**

0 - nikdy to nebylo lepší, tento stav trvá od počátku pohlavního života

1 – soustavně déle než půl roku

2 – kratší dobu než půl roku, již dříve se vyskytla na krátkou dobu

3 – nestěžuji si na žádnou poruchu nebo potíže se objevují jen ojediněle za nepříznivých podmínek nebo na počátku intimního vztahu

4 – nevím, co to je mít nějaké potíže v pohlavním životě, nikdy jsem netrpěla sebemenší poruchou v tomto směru

## **II. U dalších bodů zakroužkujte písmena u všech řádků, které se na Vás vztahují:**

(případně očísľujte pořadí jejich závažnosti)

### **21. Při milostné předeře mě vzrušuje nejvíce:**

- a – slova obdivu a lásky
- b – líbání, objímání, hlazení na ramenou, zádech, nohou
- c – doteky a polibky prsou
- d – jemné hlazení na zevním pohlavním ústrojí
- e – přímé dráždění pošťeváčku
- f – dráždění prstem v pochvě

### **22. Při vlastní souloži mě nejvíce vzruší**

- a – dráždění spíše na povrchu, zejména pošťeváčku
- b – dráždění uvnitř v pochvě pohyby mužského údu
- c – pocity v hloubce pochvy až na děložním čípku
- d – pocit při vystříknutí semene z mužského údu

### **23. Moje sexuální uspokojení nejvíce narušuje**

- a – nedostatek duševního porozumění s partnerem
- b – přílišný spěch partnera a krátká předehera. Předehera trvá přibližně.....
- c – krátké trvání soulože. Soulož trvá přibližně.....
- d – bolestivost při souloži
- e – strach z otěhotnění
- f – přerušeni soulože z důvodu ochrany před otěhotněním

### **24. K ochraně před otěhotněním praktikujeme většinou**

- a – přerušeni styku před vystříknutím semene u muže
- b – užití mužského ochranného prostředku
- c – užití ženského ochranného prostředku a to:
- d – zdráždění se styku v období s největší pravděpodobností otěhotnění
- e – nechráníme se před otěhotněním nijak

**25. K ochraně před otěhotněním by mi nejvíce vyhovovalo**

- a – přerušení styku
- b – užití mužského ochranného prostředku
- c – užití ženského ochranného prostředku
- d - zdržování se styku v období s největší pravděpodobností otěhotnění
- e – kdyby styk probíhal bez jakékoliv ochrany

**26. Při pohlavním styku mám tyto potíže**

- a – styk je pro mne duševně nepříjemný, event. odporný
- b – styk je pro mne tělesně nepříjemný, event. bolestivý
- c – styk je mi lhostejný
- d – vadí mi, že nedosahuji orgasmu
- e – nemám žádné potíže

**27. CELKOVÉ ZHODNOCENÍ SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA**

- A. Sexuálně se vzrušuji, jsem sexuálně uspokojena, sexuální život mě těší.
- B. Sexuálně se vzrušuji, k sexuálním stykům dochází, ale poměrně často jsem neuspokojena.
- C. Jsem celkem chladná, vzrušuji se málo, sexuální styk je mi celkem lhostejný.

**28. Trvání sexuálního života**

Od kdy žijete sexuálním životem?

Od svých.....let, tj. celkem.....roků

Od kdy žijete pravidelným sexuálním životem?

Od svých.....let, tj. celkem.....roků

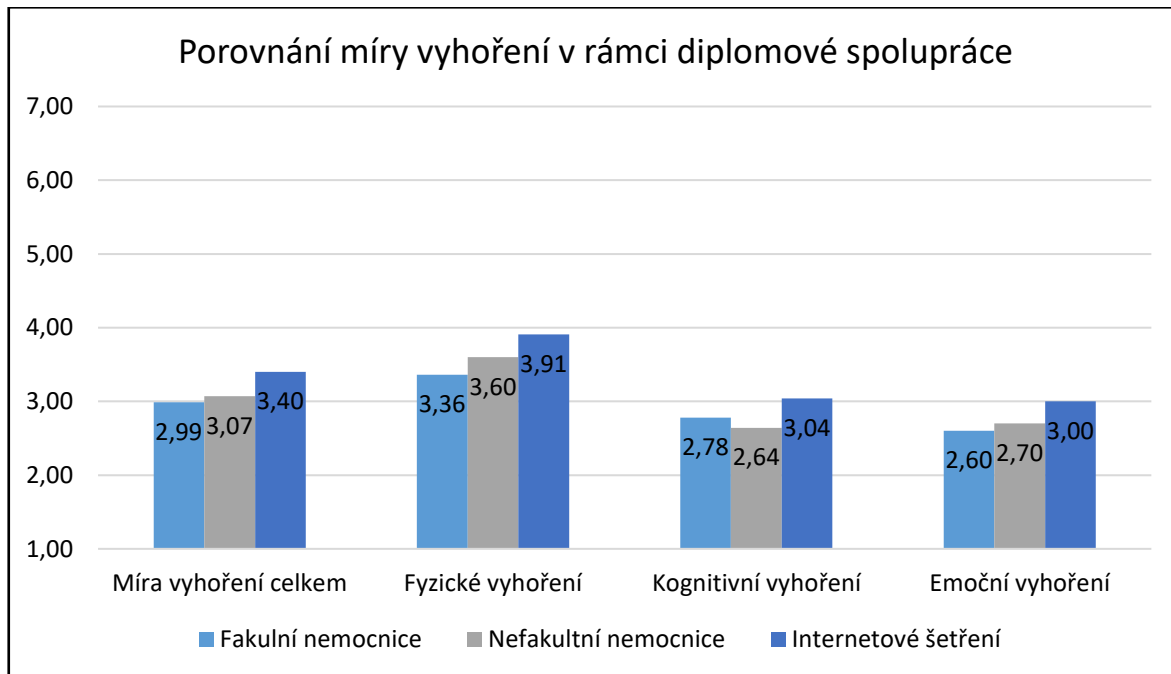
Od kdy máte potíže v sexuálním životě?

Od svých.....let, tj. celkem.....roků

**29. Další poznámky (zkušenosti, potíže, problémy):**

Příloha č. 2 Graf 22 Porovnání míry vyhoření v rámci diplomové spolupráce

Graf 22 Porovnání míry vyhoření v rámci diplomové spolupráce



### ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ KONZULTANTA

Jméno konzultanta: doc. PhDr. Jan Kožnar, CSc.

Pracoviště konzultanta: Psychiatrická nemocnice Bohnice, Ustavní 91, Praha 8

Student: Monika Bohuslavová

Téma diplomové/ bakalářské práce Vliv syndromu vyhoření na sexualitu všeobecných sester na pracovištích neodkladné péče ve fakultních nemocnicích.

Obor studia: Intenzivní péče

#### Tímto čestně prohlašuji, že:

Jsem si kvalifikační práci přečetl/-a v její konečné podobě, a to ve verzi ze dne  
15.4.2019

**Souhlasím / Nesouhlasím** s uvedením své osoby jako konzultanta u této práce.

K práci uvádím následující připomínky:

V PRAZE, dne 25. 4. 2019

Jan Kožnar

Podpis

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta**  
**Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu  
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

<b>Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)</b>	<b>Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele  (např. OP, cestovní pas)</b>	<b>Signatura závěrečné práce</b>	<b>Datum</b>	<b>Podpis</b>



[illegible]